

## FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA PARA CONFIRMACION DE VIH PEDIATRICO

RG-243.01-009 Act: 31-08-2016 Rev.3

**1. DATOS DEL PACIENTE**

*Página 1 de 2*

**Clave Definitiva**

**RUT**

**Clave Recién nacido**

**Sexo**      Femenino      Masculino

(en caso de NO contar con la clave definitiva)

**Nacionalidad**

**Edad:**              Años              Meses              Días

**USO INTERNO ISP**

**Clave Materna**

**N° ISP Materno**

**Nacionalidad de la madre**

**2. PROCEDENCIA**

Cod. Establecimiento

**Profesional Responsable**

**Hospital / Laboratorio**

**Unidad**

**RUT**

**Dirección**

**Región**

**Comuna**

**Fono**

**Mail**

**3. DATOS DE LA MUESTRA**

**Fecha de Obtención**

**Hora**

**Tipo de muestra:**

Suero              Plasma              Sangre con Anticoagulante EDTA

**N° de muestra:**      1°      2°      3°      otro:

**Cod. SurVIH**

**USO INTERNO  
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA  
Fecha Recepción/Hora Recepción**

Timbre

## FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA PARA CONFIRMACION DE VIH PEDIATRICO

RG-243.01-009 Act: 31-08-2016 Rev.3

Página 2 de 2

### 4. TÉCNICA REALIZADA

#### 4.1 TÉCNICA VISUAL

Lote

Vencimiento

Otra

#### 4.2 TÉCNICA INSTRUMENTAL

Otra

#### Protocolo de transmisión vertical:

Ractividad

Cut-Off

Lote

Vencimiento

### 5. DATOS CLINICOS

Asintomático

Sintomático

Diagnóstico

#### Protocolo de transmisión vertical:

No

Si

Terapia

#### FACTOR DE RIESGO

Madre VIH(+)

Hijo de Madre en Proceso de Confirmacion VIH

Otro Factor