

PROGRAMA VIH-IOMA-FABA / Planilla de Solicitud Inicial

INICIALES - NOMBRE Y APELLIDO / _____ EDAD / _____ FECHA DE NAC. ____ / ____ / ____

Nº DE AFILIADO / _____ TIPO Y Nº DOC. / _____

TEL. / _____ SEXO F ☐ M ☐

SOLICITUD DE CARGA:

1) carga Viral ☐

2) Cd4 (CF) ☐

VERIFICACIÓN AFILIATORIA (uso exclusivo IOMA)

1) Fecha primer test de anticuerpos para HIV: ____ / ____ / ____

2) ¿Enfermedades marcadoras previas? NO ☐ SI ☐ Cuáles? _____

3) Estadio de la enfermedad por HIV (marcar con un círculo)

Nº DE Cd4	A	B	C
	asintomático Inf. primaria LGP	sintomático condiciones distintas de Categ. A o C	enfermedades marcadoras de SIDA
(I) > 500	A1	B1	C1
(2) 200-499	A2	B2	C2
(I) < 200	A3	B3	C3

4) ¿Elementos actuales de progresión clínica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuáles?

Candidiasis mucosa recurrente	
Leucoplasia vellosa oral	
Fiebre de origen desconocido	
Sudores nocturnos no explicables	
Pérdida de peso > 10%	
Otro:	

5) Recuento de Cd4 (/mm³)

FECHA	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	Ultimo recuento
Nº TOTAL					
PORCENTAJE					
MÉTODO (*)					

(*) **CF**: citometría de flujo; **AM**: anticuerpos monoclonales

6) Carga Viral (copias/ml)

	Ultimo valor				
FECHA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
RESULTADO					
LOG 10					
MÉTODO (*)					

7) ¿Tratamiento antirretroviral previo? NO ☐ SI ☐

DROGA	DESDE	HASTA	SIGUE	FALLA	TOXICIDAD	INTOLERANCIA
ZIDOVUDINA						
DIDANOSINA						
ZALCITABINA						
LAMIVUDINA						
SAQUINAVIR						
RITONAVIR						
INDINAVIR						
NEVIRAPINA						

OTROS /	

8) Vacunas recibidas / _____

Fecha última vacunación ___/___/___

Comentarios del médico solicitante / _____

FIRMA Y SELLO

Lugar de atención / _____

Horario / _____

Teléfono / _____

Por la presente autorizo al arriba firmante a remitir esta información al destinatario de referencia.

FIRMA

Tipo y Nº DNI