



FICHA PARA SOLICITUD DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE HIV-1

Centro de Derivación: **Historio Clínica:**

Nombre completo del paciente: **DNI del paciente:**

Código del paciente:

Fecha de Nacimiento:

Nombre de la madre: **DNI de la madre:**

Fecha de Diagnóstico HIV-1 materno:

Lugar de atención de embarazo **N° controles durante el embarazo:**

Lugar de parto:

Tipo de parto: Vaginal/Cesárea **Término/Prematuro** **RPM : SI/NO** **Duración:**

Semanas de gestación: **Peso al nacer:**

Carga viral materna: **Fecha** **CD4 Materno:** **Fecha**

Madre recibió tratamiento antirretroviral (ARV) previo al embarazo: SI/NO

Desde Cuando: **Cuales:**

ARV durante el embarazo: SI/NO **Cuales:** **Desde cuando, fecha:**

Adherencia al tratamiento: Buena/ Regular /Poca

ARV intra-parto: SI/NO **Cual:**

ARV niño: SI/NO **Cual:**

Niño al nacimiento: Asintomático/Sintomático

Lactancia materna: SI/NO **Duración:**

PCR PREVIA: SI/NO **Fecha de la muestra:** **Resultado:**

Tiene hermanos: SI/NO **Cuántos:** **Cuántos infectados con el HIV:**

Firma y aclaración del médico:.....



TOMA DE MUESTRAS

- * Tomar una muestra de sangre entera y colocarla en un tubo estéril con anticoagulante (EDTA-K₃). Homogeneizar la muestra por inversión.

- *Identificar los tubos correctamente con el nombre/código del paciente y enviar inmediatamente al laboratorio para su procesamiento.

- *Para las muestras para PCR proviral y carga viral enviar **mínimo 3-5ml de sangre.**

ENVIO DE MUESTRAS

***Obtener las muestras en rigurosas condiciones de bioseguridad, ROTULAR el tubo con el código correspondiente y corroborar que el mismo coincida con el de la ficha de solicitud.**

***Enviar la ficha de solicitud correctamente confeccionada con todos los datos solicitados.**

*** Remitir las muestras al LABORATORIO de BIOLOGIA CELULAR Y RETROVIRUS, HOSPITAL GARRAHAN, en el día de la extracción.**

***Enviar las muestras refrigeradas, NO congelar.**

***NO remitir las muestras los días VIERNES o próximos a feriados para evitar inconvenientes con la recepción de las mismas.**

***Datos claros del remitente con contacto TE o Email**

ROTULAR EXTERNAMENTE LA CAJA DE ENVÍO de la siguiente manera:

**HOSPITAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN
COMBATE DE LOS POZOS 1881 (1245) CABA.**

ATENCIÓN: DRA. LUISA SEN
LABORATORIO DE BIOLOGIA CELULAR Y RETROVIRUS
PB 3182, SECTOR AZUL
TE: 4308-4300 INTERNO 1562
labbiologiadelularretrovirus@garrahan.gov.ar
