



MINISTERIO DE SALUD

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería pre prueba (FVIH-01)



Instructivo:

A. DATOS GENERALES

Establecimiento que solicita la prueba: Referido por:

Fecha de consulta: dd/mm/aa N.º expediente o N.º de afiliación: Categoría de afiliación: Cotizante Pensionado VG Beneficiario Cesante ISBM COSAM

I. Datos de identificación Modalidad: Ambulatoria Hospitalaria Extramural

N.º DUI/CUN: N.º CUI: Fecha de nacimiento: Sexo: Masculino Femenino 1.º Nombre: 1.º Apellido: Edad: Años Meses Días 2.º Nombre: 2.º Apellido: Nacionalidad: 3.º Nombre: Apellido de casada: Conocido/a por (DUI): Correo: Teléfono:

Si es menor de edad, nombre completo de madre o responsable: Área: Urbana Rural

Dirección completa y punto de referencia:

Departamento: Municipio: Barrio/colonia/lotificación:

Grid with categories: Estado civil, Educación, Ocupación, Discapacidad, IV. Motivo de solicitud de examen

II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva III. Identificación de riesgos

Form sections for reproductive health and risk identification

Form sections for population target and prevention

VI. Consejería VII. Prevención

Ley de prevención y control de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana Decreto. 562. Título III, Capítulo III. Vigilancia epidemiológica Art. 30.

ORDEN DE SOLICITUD DE EXAMEN

Form for ordering the exam with fields for name, address, and contact info

Nombre de responsable de indicar prueba

Firma y Sello

B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico - Exclusivo para uso de laboratorio clínico**Prueba A1**

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: _____ Sello: _____

Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Fecha de realización: ____/____/____ Fecha de emisión de resultado: ____/____/____

- Prueba rápida, nombre del set: _____ Reactivo pendiente de confirmar No reactivo a la fecha
- Elisa nombre del set: _____ Lectura _____ Reactivo pendiente de confirmar Indeterminado pendiente de confirmar
- Donantes continuar algoritmo con Carga Viral (A4)

EXCLUSIVO LABORATORIO DE CONFIRMACIÓN

- Infección VIH: 1. Positiva 2. Negativa 3. No concluyente

Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello): _____

C. Autopruueba individual de VIH asistida — Uso exclusivo para personal que asiste la autopruueba**Datos de observación autopruueba individual de VIH asistida.**

Establecimiento que asiste autopruueba: _____ Sello: _____

Fecha de realización: ____/____/____

- Prueba rápida, nombre del set: _____ Reactivo pendiente de confirmar*
 No reactivo a la fecha**

* En autopruueba reactiva, tomar muestra venosa: Fecha: ____/____/____

** Enviar FVIH-01 directamente a digitación al SUMEVE.

El resultado NO es responsabilidad de la persona que asiste la prueba. NO esta sujeto a entrega de resultados al usuario.

Observador del resultado (Firma y sello): _____

D. Pruebas confirmatorias — Uso exclusivo de laboratorio clínico

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: _____ Sello: _____

Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Fecha de realización: ____/____/____ Fecha de emisión de resultado: ____/____/____

Primera confirmación, Prueba A2Prueba rápida, nombre del set: _____ Reactivo No reactivo**Segunda confirmación, Prueba A3**Prueba rápida, nombre del set: _____ Reactivo No reactivo**Estatus serológico prueba A2 y/o A3, Infección VIH:**

1. Positiva 2. Negativa 3. No concluyente (Tomar carga viral)

Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello): _____

Tercera confirmación, Prueba A4 (A todo resultado no concluyente realizar carga viral según algoritmo diagnóstico y estrategia vigente)

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: _____ Sello: _____

Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Fecha de recepción: ____/____/____ Fecha de emisión de resultado: ____/____/____

Hora de toma de muestra: _____ Tipo de muestra: Plasma EDTA Muestra seca en papel filtro (Dried Blood Spot. DBS)N.º de registro: _____ PPT**Resultado de prueba:**

Carga viral para VIH, nombre del set: _____

- Detectable _____ copias/ml muestra **Estatus Final:** 1. Positiva 2. Negativa
- Indetectable

Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello): _____

Exámenes que fundamentan el diagnóstico

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: _____ Sello: _____

Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Fecha de realización: ____/____/____ Fecha de emisión de resultado: ____/____/____

- Prueba rápida, nombre del set: _____ Reactivo pendiente de confirmar No reactivo a la fecha
- Elisa, nombre del set: _____ Lectura _____ Reactivo pendiente de confirmar Indeterminado pendiente de confirmar

EXCLUSIVO LABORATORIO DE CONFIRMACIÓN

- Infección VIH: 1. Positiva 2. Negativa 3. No concluyente

Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello): _____