PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE SIDA

FICHA DE REMISIÓN DE MUESTRAS PARA VIH AL LABORATORIO DE REFERENCIA

Datos del Paciente:

Código: __ __ __ __ __ ___ /___ /_____
a b c d e f g h

a) Sexo (M/F)
b) 1ª letra del 1º nombre
c) 2ª letra del 1º nombre
d) 1ª letra del 1º apellido
e) 2ª Letra del 1º apellido
f) día de nacimiento
g) mes de nacimiento
h) año de nacimiento

Edad: ……..
Fecha de toma de 1° muestra: ____/___/____
Fecha de toma de 2° muestra (cuando corresponda): ____/___/____

Diagnóstico serológico de tamizaje: SI ( ) NO ( )

ELISA: Reactivo ( ) No Reactivo ( )
Tipo de ELISA:……. Marca:…….

AGLUTINACIÓN: Reactivo ( ) No Reactivo ( )

Otros datos de interés epidemiológico: _____
_____
_____

Establecimiento derivante:_____
Tel: Fax:

Servicio que solicitó la prestación: _____

Internado ( ) Ambulatorio ( )

Fecha de remisión: ____/____/_____

_____
firma y sello del bioquímico responsable