

## PROGRAMA OMS042-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 (/mm 3)

	Ultimo recuento				
FECHA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
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 N° DNI