

- INFORMACION REQUERIDA TEST DE RESISTENCIA A ANTI RETROVIRALES PARA HIV**
Cód. 1251

Estimado Doctor:

Solicitamos tenga a bien completar la información solicitada en esta planilla. La misma es necesaria para poder hacer una correcta interpretación de los resultados obtenidos.

Agradecemos su colaboración.

Nombre del paciente		Fecha de Nacimiento
Firma y Sello de Médico solicitante		Fecha de solicitud del estudio

Ultima carga viral HIV realizada (*)

Fecha:	
Valor:	

(*) si la fecha de realización de la última carga viral HIV supera los 30 días, se debe solicitar nuevamente. El test de resistencia no se puede realizar si el paciente posee una carga viral inferior a 2000 copias/ml.

Tratamiento anti retroviral que recibe actualmente		Duración del presente esquema terapéutico:
Drogas anti retrovirales que ha recibido en el pasado		
Ha realizado este test anteriormente?		



Resultadosobtenidos:	
-----------------------------	--



LABORATORIO
CENTRAL

Dr. Oscar Ismael Kiener
Dr. Rafael de Elias
Dra. Andrea G. del M. Kiener
Dr. Rafael F. de Elias Boquet

Sede Nueva Córdoba

(0351) 5560600

laboratoriocentral@sanatorioallende.com

Sede Cerro de la Rosas

(0351) 4269200 Int.: 3290 / 3250

labcentralcerro@sanatorioallende.com