**FORMULARIO DE PEDIATRÍA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Institución:​  |   |
| Medico solicitante:​  |   |
| Tel. del médico:​  |   |
|   |   |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Email institucional:​ |   |
| N​o ​de caja profesional:​  |   |
|   |   |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Cédula de Identidad*** | ***Año de******nacimiento*** | ***Mes de******nacimiento***  | ***Día de******Nacimiento*** | **INICIALES** | ***Sexo*** |
| **Apellido****padre** | **Apellido****Madre** | **1er nombre** | **2º nombre** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Fecha de diagnóstico de la infección por VIH: |
| ***Vía mas probable de adquisición del VIH(marque con una X)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  Vertical: | Sexual: |
| Transfusión: | Otra/Se desconoce​**:** |

|  |
| --- |
| ***En caso de transmisión vertical:*** |
| ¿Recibió profilaxis de la transmisión?​ ​**SI​** ​**NO** | Especifique:   |
| ¿Se suspendió lactancia? ​**SI​** ​**NO**  |
| Comentarios:   |
| ***En caso de TV, datos de la madre*****​**Fecha de diagnóstico de la madre:​ **​** |
| ***Momento de diagnóstico de la madre*** |
| **Previo al embarazo:** | **Durante al embarazo:** | ***En el parto o post-parto:*** |

|  |
| --- |
| ***Del embarazo:***  |
| PTMI  | Plan de TARV en embarazo  | AZT intra-parto  | Nevirapina peri-parto  |
|   |   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |   |   |   |   |   |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
|   |   |
|   |   |
|   |
| ***Valores previos al inicio del primer TARV*** |
| **Fecha**  | **CD4**  | **Carga Viral**  | **Comentarios**  |
|   |  |  |   |

|  |
| --- |
| ***HISTORIA INMUNO-VIROLÓGICA y DE TARV*** |
| **Fecha**  | **CD4**  | **Carga Viral (log)**  | **TARV**  | **Cambio por:**  |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |

 |
| ***¿Recibe actualmente el TARV? ​SI: NO:***  |

|  |
| --- |
| ***¿Tiene el paciente test de resistencia previo? ​*SI NO**  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| ***Describa adherencia, necesidad de apoyo u otros aspectos que considere relevantes***  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| ***INFORMACIÓN SOLO REQUERIDA PARA PACIENTES SIN TARV***  |

|  |
| --- |
| El test de resistencia podrá realizarse en pacientes sin TARV: 1.RN con infección por TV 2.con una infección reciente (≤ 1 año), 3.en paciente con primoinfección sintomática reciente y,   |
| 1.RN con infección por TV  | Comentario:  |
| 2.Infección reciente: serología previa de VIH negativa ≤ 1 año  | Fecha:   (mes/año)  | Comentario:   |
| 3.Primoinfección sintomática  | Fecha del cuadro clínico:   (mes/año)  | Descripción:  |
| 4.Otra situación  | Describa:  |

|  |
| --- |
| ***Opinión de la Comisión ​Fecha:***  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Se accede a la realización del test   | Se posterga   | No se accede  |
| Comentarios:   |
| **CONDICIONES DE ENVIO DE MUESTRA PARA ESTUDIO DE RESISTENCIA AL DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA (DLSP)**●Extracción de sangre por punción periférica, recolectada en 3 tubos de 5 mL con anticoagulante EDTA. ●Rotular los tubos con nombre o autogenerado, Cedula de Identidad y fecha de toma de muestra. Acondicionar para su transporte de acuerdo a las normas de bioseguridad. ●Una vez realizada la extracción mantener los tubos refrigerados a 4ºC (no congelar ni separar el plasma).  ●Dentro de la 12 horas de realizada la extracción deben llegar las muestras al DLSP, en las condiciones referidas ​acompañadas del formulario de solicitud de Test de Resistencia aprobado por la Comisión de Resistencia a Antirretrovirales. ●Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP): Alfredo Navarro 3051 entrada norte; Horario de recepción : Lunes a Jueves de 9 a 15hs.  |

**Firmas:**

|  |
| --- |
| ***Interpretación del test de resistencia ​Fecha:***  |

|  |  |
| --- | --- |
| CI paciente​:   | Institución​:  |
| Médico solicitante​:  |
| *La/s* *propuesta/s de TARV a continuación, surgen de la interpretación del* *estudio de resistencia genotípica en base a la utilización combinada de* *varios**algoritmos* *de interpretación. Se propone el plan con mejores posibilidades de* *éxito terapéutico y uno alternativo cuando es posible. El test de* *resistencia**genotípica* *tiene limitaciones y debe ser considerado como una herramienta más a* *utilizar para lograr los mejores objetivos terapéuticos.* |

|  |  |
| --- | --- |
| PLAN SUGERIDO 1  |   |
| PLAN SUGERIDO 2  |   |
| *Comentarios:* |

**Firmas:**