



FORMULARIO N° 12

FICHA DE SOLICITUD DE LABORATORIO PARA MATERIAL REMITIDO VIH/SIDA-ITS

1. Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      2. Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_  
 3. Región Sanitaria: \_\_\_\_\_      4. Distrito: \_\_\_\_\_  
 5. Responsable de la solicitud: \_\_\_\_\_      6. Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE**

7. Documento de Identificación: 1.  C. Identidad 2.  Pasaporte N°           3.  No porta 4.  No tiene 5.  No se conoce  
 8. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
 9. Código (NNN/DD.MM.AA): \_\_\_\_\_      10. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 11. Edad: \_\_\_\_\_ 1.  Meses 2.  Años      12. Sexo: 1.  Masculino 2.  Femenino  
 13. Nacionalidad: \_\_\_\_\_      14. Etnia: 1.  No Aplica 2.  Aplica, especificar \_\_\_\_\_  
 15. Lugar de Residencia Habitual:  
 15.1. Departamento \_\_\_\_\_      15.2. Distrito: \_\_\_\_\_  
 15.3. Barrio/Compañía/Asentamiento \_\_\_\_\_      15.4. Área: 1.  Urbana 2.  Rural  
 15.5. Dirección \_\_\_\_\_      15.6. N° Casa \_\_\_\_\_      15.7. N° de Teléfono \_\_\_\_\_  
 16. Embarazada: 1.  Si 2.  No      Edad Gestacional \_\_\_\_\_  
 17. En caso de menor de edad, nombre de la madre: \_\_\_\_\_      Código: \_\_\_\_\_

**18. CATEGORIAS DE EXPOSICION**

18.1 Exposición Sexual: 1.  Si 2.  No  
 18.2 Abuso Sexual: 1.  Si 2.  No  
 18.3 Perinatal: 1.  Si 2.  No  
 18.4 Exposición Sanguínea: 1.  Si 2.  No  
 a. Usuario de drogas inyectables: 1.  Si 2.  No      b. Accidente corto punzante: 1.  Si 2.  No  
 b. Transfusión de sangre o derivados: 1.  Si 2.  No  
 Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Distrito: \_\_\_\_\_      Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_  
 18.5 Datos de la madre:  
 1. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_      2. Fecha de examen confirmatorio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**19. TIPO DE POBLACION**

1.  Mayor Riesgo  
 1.1  HSH    1.2  Bisexual    1.3  Travesti No Trabajador Sexual    1.4.  TTS    1.5.  HTS    1.6  UDI    1.7  UD    1.8  MTS  
 2.  General  
 2.1  PPL    2.2.  Heterosexual    2.3  Pareja con VIH    2.4  Usuario/a con ITS    2.5  Militar    2.6  Policía    2.7  Hemofílico  
 2.8  MSM

**DATOS DEL LABORATORIO**

20. Pruebas Solicitadas:  
 1.  ELISA      2.  WESTERNBLOT      3.  CARGA VIRAL DX      4.  VDRL    5.  TPHA    6.  CD4  
 7.  CARGA VIRAL\*    8.  I. Oportunistas    9.  Test de Resistencia VIH    10.  OTROS, cuales: \_\_\_\_\_  
 21. Pruebas anteriores realizadas (especificar cuál):  
 1. \_\_\_\_\_ Fecha de resultado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Resultado: 1.  Positivo 2.  Negativo 3.  Desconocido      Lugar: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ Fecha de resultado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Resultado: 1.  Positivo 2.  Negativo 3.  Desconocido      Lugar: \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ Fecha de resultado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Resultado: 1.  Positivo 2.  Negativo 3.  Desconocido      Lugar: \_\_\_\_\_  
 \*Especificar VIH, HB, HC, CMV  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO N° 12

### Instructivo para el llenado de la Ficha de Solicitud de Laboratorio para material remitido VIH/SIDA-ITS

- 1. Fecha de Solicitud:** Escriba la fecha de solicitud de Laboratorio, día, mes y año (dd/mm/aaaa)
- 2. Establecimiento de Salud:** Anote el nombre completo del Establecimiento de Salud en el cual se realice la solicitud.
- 3. Región Sanitaria:** Anote el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el Establecimiento de Salud.
- 4. Distrito:** Anote el nombre del Distrito en el cual está ubicado el Establecimiento de Salud.
- 5. Responsable:** Anote los nombres y apellidos de la persona responsable de llenar la solicitud de Laboratorio.
- 6. Teléfono:** Escriba el número de teléfono (línea baja y/o celular) del Laboratorio.

#### **DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE**

**7. Documento de Identificación:** Si el/la usuario/a porta el Documento de Identidad determine el tipo de documento ya sea éste Cédula de Identidad o Pasaporte, marque con una "X" la opción correspondiente y luego consigne el número en el casillero. En caso de que no porte, marque el tipo de documento y también el casillero "No porta". Cuando el/la usuario/a no tiene documento marque solo el casillero "No tiene". Cuando no porta y no recuerda el número de documento, marque el tipo de documento y también el casillero "No se conoce".

Si el/la usuario/a no cuenta con documento de identidad se escribirá el mismo de la sgte. manera: iniciales del primer nombre, iniciales del primer y segundo apellido, seguida de la fecha de nacimiento. Ej.: María López Bogado nacida en fecha 16 de julio del 1.996 MLB160796

**8. Nombres y Apellidos:** Anote con letra legible los Nombres y Apellidos completos del/la solicitante. Para las mujeres casadas escribir ambos apellidos de soltera.

**9. Código (NNN/DD.MM.AA):** escriba la primera letra del primer nombre, primera letra del primer apellido y primera letra del segundo apellido, seguido de la fecha de nacimiento conformada por seis dígitos, día, mes y año (dd-mm-aa). Si no tuviere segundo apellido, se agrega un asterisco en ese lugar.

**10. Fecha de Nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento del/la solicitante, día, mes y año (dd/mm/aaaa)

**11. Edad:** escriba la edad en números del/la solicitante en el espacio correspondiente. Marque con una X si la edad corresponde a meses ó años.

**12. Sexo:** Marque con una X el sexo del/la solicitante.

**13. Nacionalidad:** Anote la nacionalidad del/la solicitante. Ejemplo: Paraguaya, Argentina, Uruguay, Boliviana, Colombiana, etc.

**14. Etnia:** Marque con X el círculo "No Aplica", si el/la solicitante no es indígena. En el caso que sea indígena, marque con X el círculo "Aplica", pregunte y especifique la etnia a la cual pertenece. Ejemplo: Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbyá, Maká, otros.

#### **15. Lugar de Residencia Habitual:**

**15.1 Departamento:** Escriba el nombre del Departamento donde reside habitualmente el/la solicitante

**15.2 Distrito:** Escriba el nombre del Distrito donde está ubicada la residencia del/la solicitante

**15.3 Barrio/Compañía/Asentamiento:** Escriba el nombre del Barrio, Compañía o Asentamiento donde está ubicada la residencia del/la solicitante.

**15.4 Área:** Marque con una X el área de residencia del/la solicitante, sea Urbana –ciudad- o Rural –campo-.

**15.5 Dirección:** anote la Dirección donde está ubicada la residencia del/la solicitante

**15.6 N° de Casa:** anote el N° de Casa del/la solicitante

**15.7 N° de Teléfono:** anote el/los número/s de teléfono ya sea línea baja y/o celular

**16. Embarazada:** marque con una X si la solicitante es una Embarazada o No. En el caso que sea SI, se completa el además la edad gestacional en semanas.

**17. En caso de menor de edad, nombre de la madre:** escriba el Nombre de la Madre en el caso que el/la solicitante sea un/a menor de edad. Escriba además el Código de la Madre.

#### **18. Categorías de Exposición:**

**18.1 Exposición Sexual:** marque con una "X" si el/la solicitante tuvo o no relaciones sexuales.

**18.2 Abuso Sexual:** marque con una "X" si el/la solicitante fue o no obligado/a a participar en una actividad sexual no deseada

**18.3 Perinatal:** marque con una "X" si se trata o no de un perinato.

**18.4 Exposición Sanguínea:** marque con una "X" si el/la solicitante tuvo o no alguna exposición a drogas inyectables, accidentes corto punzantes. Si tuvo o no alguna transfusión de sangre, anote la fecha de la transfusión, día, mes y año (dd/mm/aaaa), si no recuerda la fecha exacta anote el mes y el año (mm/aaaa). Anote el nombre de la Distrito y el Establecimiento de Salud donde recibió la transfusión de sangre.

**19. Tipo de Población:** marque con una "X" si se trata de una población de mayor riesgo o de la población general.

En el caso de que se trate de una población de riesgo marque además una de las siguientes opciones:

**1.1 HSH:** hombre que tiene sexo con hombre

**1.2 Bisexual**

**1.3 Travesti No Trabajador Sexual**

**1.4 TTS:** travesti trabajador sexual

**1.5 HTS:** hombre trabajador sexual

**1.6 UDI:** usuario de drogas intravenosas

**1.7 UD:** usuario de drogas

**1.8 MTS:** mujer trabajadora del sexo

En el caso de que se trate de una población general marque además una de las siguientes opciones:

**2.1 PPL:** persona privada de libertad

**2.2. Heterosexual**

**2.3 Pareja con VIH**

**2.4 Usuario/a con ITS**

**2.5 Militar**

**2.6 Policía**

**2.7 Hemofílico**

**2.8 MSM:** mujer que tiene sexo con mujer

**20. Pruebas Solicitadas:** marque con una "X" el tipo de prueba solicitada

**21. Pruebas anteriores realizadas:** Anote el nombre de la prueba realizada, fecha (dd/mm/aa) de realización, marque con una "X" el resultado si fue positivo, negativo o desconocido. Anote el nombre el lugar donde se realizó la prueba. Si se realizaron más de una prueba escriba en las líneas sub-siguientes.