

Nombre del paciente _____ C.C/TI/RC _____
Ciudad _____ Fecha _____

DEFINICION Y BENEFICIOS DE LA PRUEBA:

La prueba genotípica de tropismo es un examen con métodos moleculares y herramientas bioinformáticas, en el cual se busca caracterizar algunas variables importantes del virus que tiene un paciente determinado. La prueba de tropismo, que **no es una prueba diagnóstica** de la infección por VIH. La prueba de tropismo sirve para recomendar o no la utilización de ciertos medicamentos para el tratamiento de la infección.

REQUERIMIENTOS DE LA PRUEBA:

Para la realización de la prueba de tropismo se requiere un mínimo de carga viral de VIH de 1000 copias/ml.

Carga Viral: _____ copias/ml Fecha de la carga viral: _____
CD4: _____ células/mm3 Fecha de los CD4: _____

TOMA DE MUESTRA:

Para la toma de la muestra es recomendable, aunque no indispensable un ayuno previo de 4 horas.

RIESGOS:

En casos esporádicos, se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma, dolor leve y ardor, los cuales mejoraran espontáneamente con medidas locales. En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena (Flebitis), sangrado excesivo, infección o trombosis localizada. Nauseas, vómito y desmayos antes o durante la punción. Sangrado más prolongado de los esperado (especialmente si toma anticoagulantes). Para controlarlo debe hacerse presión suave en el sitio de punción con un algodón seco de 2 a 5 minutos. En caso de presentar inflamación aplicar hielo, ocasionalmente, durante las 24 horas en el sitio de punción y en los siguientes días aplicar baños con agua caliente hasta que desaparezca el hematoma.

Declaro que he sido informado de la utilidad, procedimiento y efectos adversos de esta prueba. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, Yo _____ identificado(a) con C/TI/RC _____, doy mi consentimiento para la toma de la muestra.

Firma (Paciente o Acudiente) _____
C.C _____

Profesional responsable
Nombre y Firma _____
Reg. _____