



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA GENOTÍPICA  
DE TROPISMO DEL VIH**

**Código: TOM-FOR-S00-43**  
**Versión: 04**  
**Página 1 de 2**  
**Fecha emisión: 2024-08-08**

**NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

**TIPO DE DOCUMENTO\*:** (Señale con una X) **CC** **TI** **RC** **CE** **OTRO CUAL:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE DOCUMENTO:** \_\_\_\_\_ **SEDE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** AÑO - MES - DIA **HORA:** \_\_\_\_\_.

\*CC: Cedula de Ciudadanía TI: Tarjeta de identidad RC: Registro civil CE: Cedula de extranjería

**SEÑOR(A) USUARIO (A)**

Es muy importante para nosotros que usted reciba y entienda la información de manera **clara** y **suficiente** acerca del estudio y/o procedimiento a realizar, el cual permitirá al personal de salud hacer seguimiento o diagnóstico de una condición de interés. Lea con atención y solicite explicación al personal que le brindara la atención en caso de inquietudes.

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

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.

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

**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: \_\_\_\_\_

**BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS**

**BENEFICIOS:** La prueba de tropismo 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.

**ALTERNATIVAS:** Es su médico tratante quien determinará cuál es el estudio de elección de acuerdo con su condición de salud

**RIESGOS E IMPLICACIONES**

**RIESGOS:** La toma de la muestra es por punción venosa, En casos esporádicos, se podrían presentar hematoma (morado), dolor leve y ardor, los cuales mejoraran espontáneamente con medidas locales, y siendo apenas normal debido a la introducción de la aguja en la vena, o presentarse inflamación de la vena (Flebitis), sangrado excesivo más prolongado de los esperados (especialmente si toma anticoagulantes). infección o trombosis localizada. Náuseas, vómito y desmayos antes o durante la punción, posterior a la toma de la muestra es recomendable hacerse presión suave en el sitio de punción con un hisopañil 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.

**IMPLICACIONES:** El personal de la salud encargado de la atención, se encuentra debidamente entrenado para la prestación del servicio y se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar una adecuada atención, actuando con apoyo en sus conocimientos, su preparación técnica, su diligencia y cuidado personal, para generar un diagnóstico, resultado y tratamiento, previniendo la enfermedad y rehabilitando al paciente, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos inherentes al mismo antes descritos.

**En caso de algún tipo de sintomatología después de realizado el examen, consulte de inmediato a su médico.**

**AUTORIZACION DE PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo \_\_\_\_\_ en calidad de paciente  o persona responsable  identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento declaro que he sido informado y he comprendido la utilidad del procedimiento y posibles riesgos, los cuales por esta razón de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento y autorización para la realización del examen y/o procedimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y he podido formular y aclarar todas las preguntas que he creído conveniente con el personal que me prestara la atención.

**Acepto la realización del examen SI  NO**

Doy mi autorización para que mi muestra o los resultados de mi estudio sean usados para futuros proyectos de Investigación realizadas, bajo estricto uso anónimo de mi información personal, con el fin de contribuir al conocimiento científico en salud del Centro Médico Oftalmológico Y Laboratorio clínico Andrade Narváez S.A.S. **SI  NO**

\_\_\_\_\_  
**Firma Paciente o Persona responsable (parentesco)**

\_\_\_\_\_  
**Documento de identificación**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y apellido del responsable de la atención**

\_\_\_\_\_  
**Documento o registro Profesional**

**DESISTIMIENTO (revocatoria o rechazo)**

Quiero voluntariamente cambiar mi anterior decisión y no aceptar me realicen la toma de muestra y/o procedimiento en mención sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, siendo expuestos mis motivos a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma Paciente/Representante/Acudiente**

\_\_\_\_\_  
**Documento de identificación**

**Pegar los Sticker de ingreso.**