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

Ciudad_____ Fecha: AAAA MM DD

DEFINICIÓN 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. Náuseas, vómito y desmayos antes o durante la punción. Sangrado más prolongado de los esperados (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. _____

VIGILADO Supersalud