

FICHA DE NOTIFICACION VIH - SIDA

Instrucciones:

- Si es primera notificación complete todo el formulario.
- Si este paciente fue notificado previamente, sólo completar las secciones **recuadradas** o las variables que requieran actualización.

CÓDIGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a	b	c	d	e	f		

a: Sexo biológico de nacimiento (M = masculino, F = femenino)
b: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)
c: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)
Ejemplo: F MAGO 03 06 1978

d: Día de nacimiento (DD)
e: Mes de nacimiento (MM)
f: Año de nacimiento (AAAA)

FECHA DE NOTIFICACIÓN

Fecha de llenado de esta ficha

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		mm		aaaa	

1. DATOS DE LA PERSONA

1.a Género:

- Masculino
 Femenino
 Trans
 Desconocido

1.b Lugar de residencia

- Argentina
Provincia _____
Localidad _____
Barrio _____
 Otro país, ¿cuál? _____
 Desconocido

1.c País de nacimiento

1.d Cobertura de salud

- Sistema público
 Obra Social / Seguridad Social
 Medicina Prepaga
 Desconocido

1.e Máximo nivel de instrucción alcanzado al momento del diagnóstico.

- No está en edad escolar
 Persona de entre 6 y 18 años
 No concurre a la escuela
 Sí concurre a la escuela
 Desconocido
Número de años de escolaridad completos/aprobados contando a partir del 1er grado de la primaria _____
 Persona de 19 años o más
 Sin estudios
 Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Terciaria incompleta
 Terciaria completa
 Universitaria incompleta
 Universitaria completa
 Desconocido

2. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

2.a Fecha: ___ / ___ / _____ (dd/mm/aaaa) Fecha Diagnóstico Desconocida

Fecha del primer test positivo confirmado por Western Blot.
Documentada o referida por el paciente
Niños menores de 18 meses fecha de la segunda PCR, carga viral o antígeno P24-D

2.b Si es mujer, ¿el diagnóstico se realizó durante el embarazo, parto o puerperio?

- En este embarazo
 En otro embarazo
 Fuera de un embarazo
 Desconocido

2.c Estadio clínico al momento del diagnóstico serológico confirmado

- Síndrome retroviral agudo
 Infección asintomática
 Infección sintomática sin criterio de sida
 Enfermedad marcadora de sida
 Desconocido

2.d Vías de transmisión más probables (Se pueden marcar hasta 3 opciones)

- Transmisión vertical
 Relaciones sexuales con mujeres
 Relaciones sexuales con hombres
 Relaciones sexuales con trans
 Uso compartido de equipo de inyección los últimos 10 años
 Transfusión sanguínea o derivados

¿Dónde? (Ciudad/Institución) _____

¿Cuándo? (mm/aaaa) ___ / _____

- Accidente laboral
 Otros ¿Cuál? _____

- Desconocida

3. SITUACIÓN INMUNOLÓGICA

Recuento de linfocitos T-CD4 más cercano a la fecha de diagnóstico

No disponible

Disponible Fecha: ___ / ___ / _____ (dd/mm/aaaa) Valor CD4 _____ Porcentaje _____

4. ENFERMEDADES MARCADORAS

Enfermedad marcadora	Fecha (mes/año)	Enfermedad marcadora	Fecha (mes/año)
Candidiasis bronquial, traqueal, pulmonar o esofágica	___ / ___	Septicemia recurrente a salmonella	___ / ___
TBC pulmonar	___ / ___	H. Simples: úlcera crónica de más de 1 mes de evolución o bronquitis o neumonitis o esofagitis	___ / ___
TBC diseminado o extrapulmonar	___ / ___	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	___ / ___
Neumonía a P. Jiroveci (P. Carinii)	___ / ___	Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC	___ / ___
Micobacteriosis atípica	___ / ___	Neumonía bacteriana de repetición (en 1 año)	___ / ___
Toxoplasmosis Cerebral	___ / ___	L.E.M.P. (Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva)	___ / ___
Retinitis por Citomegalovirus	___ / ___	Linfoma de alta malignidad	___ / ___
Enfermedad por Citomegalovirus (no limitada a hígado, bazo, ganglio)	___ / ___	Linfoma primario en cerebro	___ / ___
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	___ / ___	Cáncer cervical uterino invasor (cáncer cuello invasivo)	___ / ___
Cryptosporidiasis con diarrea persistente de más de 1 mes	___ / ___	Sarcoma de Kaposi	___ / ___
Criptococosis extrapulmonar	___ / ___	Síndrome de desgaste por VIH (1)	___ / ___
Isosporidiasis Crónica Intestinal (más de 1 mes)	___ / ___	Encefalopatía por VIH	___ / ___
Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría)	___ / ___	Neumonía intersticial linfocítica o hiperplasia pulmonar linfocítica (pediatría) (2)	___ / ___
Retardo madurativo pondero-estatural (pediatría)	___ / ___		

(1) Se considerará enfermedad adelgazante por el VIH a la que produzca un descenso de peso superior al 10%, asociada con diarrea crónica (al menos dos deposiciones blandas por día durante más de un mes) o astenia e hipotermia intermitente o constante por más de un mes. Debe descartarse cualquier enfermedad concurrente que pueda explicar dichos signos o síntomas.

(2) Neumonía intersticial linfocítica: deben observarse infiltrados intersticiales, retículo-nodulares bilaterales de más de dos meses de evolución sin que se aísle ningún germen ni haya respuesta a tratamiento antibiótico.

5. HEPATITIS

Hepatitis B (HBsAg+): Sí No Desconocido Hepatitis C+: Sí No Desconocido
 Fecha (mes/año): ___ / ___ / _____ Fecha desconocida Fecha (mes/año): ___ / ___ / _____ Fecha desconocida

6. SITUACIÓN VITAL

Vive
 Falleció → Fecha: ___ / ___ / _____ (dd/mm/aaaa) ¿Causa de fallecimiento vinculada al sida?
 Desconocido No Sí. ¿Cuál?
 Desconocido

7. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido: _____
 Tel.: _____ e-mail: _____
 Institución: _____ Tel.: _____
 Dirección Institución: _____
 Ciudad: _____ Provincia: _____
 Firma y sello del notificante: _____