

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA NOTIFICACIÓN DE VIH EN EL SNVS

(El caso se considerará notificado cuando esté debidamente ingresado en el SNVS)



Se notificará cuando un profesional de la salud atienda por primera vez a una persona con diagnóstico confirmado de VIH, independientemente del estadio clínico de la infección.

Fecha de recolección en papel

____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

CÓDIGO

<input type="text"/>										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

A: 1ra y 2da letra del primer nombre (ej: María Ines= MA) D: Mes de nacimiento (MM)
 B: 1ra y 2da letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes=GO) E: Año de nacimiento (AAAA)
 C: Día de nacimiento (DD) EJEMPLO: MAGO 03 06 1986

Tipo de documento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Número de documento:

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Género

- Varón cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
 Mujer cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
 Varón trans: identidad de género masculino y sexo asignado al nacimiento mujer.
 Mujer trans: identidad de género femenino y sexo asignado al nacimiento varón.
 Otro

Lugar de residencia → Argentina Provincia:.....Localidad:.....Barrio:.....
 Otro país ¿Cuál?.....
 Desconocido

Cobertura social → Plan /Seguro público Obra social Plan salud privado/Mutual Ninguno

Nivel de educación máximo alcanzado

- Sin estudios Secundario incompleto Terciario completo
 Primario incompleto Secundario completo Universitario incompleto
 Primario completo Terciario incompleto Universitario completo

CLÍNICA

Establecimiento:.....

Dirección:.....Provincia:.....

Profesional:.....Fecha de consulta:____/____/____

Enfermedades marcadoras: Consignar fecha (mes/año) según corresponda

Candidiasis bronquial, traqueal, pulmonar o esofágica.	___/___	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	___/___
TBC pulmonar	___/___	Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC	___/___
TBC diseminada o extrapulmonar	___/___	Neumonía bacteriana de repetición (en 1 año)	___/___
Neumonía a P. jiroveci (P. carinii)	___/___	L.E.M.P.(Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva)	___/___
Micobacteriosis atípica	___/___	Linfoma primario en cerebro	___/___
Toxoplasmosis cerebral	___/___	Cáncer cervical uterino invasor (cáncer de cuello invasivo)	___/___
Retinitis por Citomegalovirus	___/___	Sarcoma de Kaposi	___/___
Enfermedad por Citomegalovirus (no limitada a hígado, bazo, ganglio)	___/___	Síndrome de desgaste por VIH	___/___
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	___/___	Encefalopatía por VIH	___/___
Cryptosporidiasis con diarreas persistente de más 1 mes	___/___	Neumonía intersticial linfoidea o hiperplasia pulmonar linfoidea (pediátrico)	___/___
Criptococosis extrapulmonar	___/___	Herpes simplex diseminado	___/___
Isosporidiasis crónica intestinal (más de 1 mes)	___/___	Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría)	___/___
Retardo madurativo pondo-estatural (pediatría)	___/___	Linfoma de alta malignidad	___/___
Septicemia recurrente a Salmonella	___/___		

Diagnóstico referido/constatado → Fecha de diagnóstico → Conocida ___/___/___ Desconocida

Recuento T-CD4 al diagnóstico valor: _____ CD4% al diagnóstico: _____

¿Diagnóstico durante embarazo/parto/puerperio?: NO SI

→ Embarazo anterior Embarazo actual Embarazo Parto Puerperio

Comorbilidades: Hepatitis B Fecha de diagnóstico: ___/___/___ Fecha desconocida

Hepatitis C Fecha de diagnóstico: ___/___/___ Fecha desconocida

Estadio clínico al momento del diagnóstico constatado → Asintomático Síndrome retroviral agudo Sintomático sin criterio de Sida

Enfermedad marcadora de Sida Desconocido

Internación → SI NO Establecimiento:

Profesional:

Condición de alta/egreso → Fallecido fecha: ___/___/___ Causa de fallecimiento vinculado al evento SI ¿Cuál?

NO

EPIDEMIOLOGÍA

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión: (puede marcar más de una)

Prácticas sexuales sin protección con Varón cis Mujer cis Varón trans Mujer trans

Transmisión vertical Embarazo/parto Lactancia Momento desconocido

Uso compartido de equipo de inyección en los últimos 10 años **Accidente laboral** **Desconocido**

Transfusión sanguínea o derivados*

*Lugar y fecha (para transfusión sanguínea o derivados):

LABORATORIO

Esta sección deberá ser completada exclusivamente por personal de laboratorio

Establecimiento toma de muestra:

Establecimiento diagnóstico:

MUESTRA	FECHA TOMA DE MUESTRA	DETERMINACIÓN	TÉCNICA	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO

DATOS DEL NOTIFICANTE

Institución:

Dirección: Ciudad/Provincia:

Nombre y Apellido del notificante:

Teléfono: Correo electrónico:

Firma y sello: Matrícula: