

# 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

### Tipo de documento

--	--	--	--

Número de documento:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Género

<input type="checkbox"/>

**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: \_\_\_\_\_  
 Desconocido  Otro país: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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

### Nivel de educación máximo alcanzado

<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Secundario incompleto	<input type="checkbox"/> Terciario completo
<input type="checkbox"/> Primario incompleto	<input type="checkbox"/> Secundario completo	<input type="checkbox"/> Universitario incompleto
<input type="checkbox"/> Primario completo	<input type="checkbox"/> Terciario incompleto	<input type="checkbox"/> 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** →  NO  SI Establecimiento: . . . . .

**Profesional:** . . . . .

**Condición de alta/egreso** → Fallecido fecha: . / . / . . . . .  
 Causa de fallecimiento vinculado al evento  SI  NO  
 ¿Cuál? . . . . .

**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:** . . . . .