

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"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<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:**