

FICHA DE NOTIFICACION VIH - SIDA

Instrucciones:

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

FN100

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			

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Institución: _____ Tel.: _____

Dirección Institución: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Firma y sello del notificante: _____

1. DATOS DE LA PERSONA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

1.a Género:

- Masculino
 Femenino
 Trans
 Desconocido

1.e Máximo nivel de instrucción alcanzado

- Persona entre 0 y 5 años
 Persona entre 6 y 18 años

Número de años de escolaridad completos/aprobados contando a partir del 1er grado de la primaria _____

- Persona de 19 años o más

1.b Lugar de residencia

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

- Analfabeto
 Primario incompleto
 Primario completo
 Secundario incompleto
 Secundario completo
 Terciario incompleto
 Terciario completo
 Universitario incompleto
 Universitario completo
 Desconocido

1.c País de nacimiento

1.d Cobertura de salud

- Sistema público
 Obra Social / Seguridad Social
 Medicina Prepaga
 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 positivo

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

- Sí
 No
 Desconocido

2.c Estado 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 en los últimos 10 años
 Accidente laboral
 Transfusión sanguínea o derivados Institución _____
 Ciudad _____
 Fecha (MM/AAAA) ___ / ___ / ___
- Otras ¿Cuál? _____
 Desconocida

3. SITUACIÓN INMUNOLÓGICA

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

- Disponible Valor CD4 _____ Porcentaje _____ Fecha: ___ / ___ / ___ (DD/MM/AAAA)
 No disponible

4. HEPATITIS: CO-INFECCIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

- Hepatitis B: Sí No Desconocido Fecha (MM/AAAA): ___ / ___ / ___ Fecha desconocida
 Hepatitis C: Sí No Desconocido Fecha (MM/AAAA): ___ / ___ / ___ Fecha desconocida

5. 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. Simplex: úlcera crónica de más de 1 mes de evolución o bronquitis o neumonitis o esofagitis	___ / ___
TBC diseminada 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 linfoidea o hiperplasia pulmonar linfoidea (pediatría) (2)	___ / ___
Retardo madurativo pondo-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 hipertermia intermitente o constante por más de un mes. Debe descartarse cualquier enfermedad concurrente que pueda explicar dichos signos o síntomas.
 (2) Neumonía intersticial linfoidea: 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.

6. NOTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO

Fecha del fallecimiento: ___ / ___ / ___ (DD/MM/AAAA)

¿Causa de fallecimiento vinculada al sida?

- Sí. ¿Cuál? _____
 No
 Desconocido