

**FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH – SIDA**

Si es la primera notificación complete todo el formulario.

Si este paciente fue notificado previamente, solo completar las secciones recuadradas o las variables que requieran actualización.

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

**CODIGO** – se conforma por;

A – Sexo biológico de nacimiento (M= Masculino F=Femenino)

B – 1ra y 2da letra del primer nombre (ej: María Inés = MA)

C – 1ra y 2da letra del primer apellido (ej: Gómez Fuentes = GO)

D – Día de nacimiento (DD)

E – Mes de nacimiento (MM)

F – Año e nacimiento (AAAA)

Ejemplo: F MAGO 03 06 1978

**Fecha de notificación:** ...../...../.....

**DATOS PERSONALES**

1 - Género:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino
<input type="checkbox"/>	Trans
<input type="checkbox"/>	Desconocido

2- País de residencia

<input type="checkbox"/>	Argentina	Provincia: .....	Localidad: .....	Barrio: .....
<input type="checkbox"/>	Otro País	Cuál?: .....		
<input type="checkbox"/>	Desconocido			

3 - País de Nacimiento: .....

4 – Cobertura de Salud

<input type="checkbox"/>	Sistema Publico
<input type="checkbox"/>	Obra Social / Seguridad Social
<input type="checkbox"/>	Medicina Prepaga
<input type="checkbox"/>	Desconocido

5 – Máximo nivel de instrucción alcanzado al momento del diagnóstico.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No está en edad escolar      | <input type="checkbox"/> No concurre a la escuela   |
| <input type="checkbox"/> Persona de entre 6 y 18 años | <input type="checkbox"/> Si concurre a la escuela   |
|   | <input type="checkbox"/> Desconocido  |
|   | <input type="checkbox"/> Número de años de escolaridad completos – aprobados contando a partir del 1er grado de la primaria |
| <input type="checkbox"/> Persona de 19 años o mas     | <input type="checkbox"/> Sin estudios   |
|   | <input type="checkbox"/> Primaria incompleta  |
|   | <input type="checkbox"/> Primaria completa  |
|   | <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta  |
|   | <input type="checkbox"/> Terciaria incompleta   |
|   | <input type="checkbox"/> Terciaria completa   |
|   | <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta   |
|   | <input type="checkbox"/> Universitaria completa   |
|   | <input type="checkbox"/> Desconocido  |

### Diagnóstico de infección por VIH

1- Fecha: ...../...../.....  Fecha de diagnóstico desconocida

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

2 – Si es mujer, el diagnostico se realizó durante el embarazo, parto o puerperio?

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

3 – Estadio clínico al momento del diagnóstico serológico confirmado

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

4 – Vías de transmisión más probables (se pueden marcar hasta 3)

- Trasmisión 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 Donde: ..... Cuando? (mm/aaaa) .....
- Otros Cual? .....
- Accidente laboral
- Desconocida

**SITUACION INMUNOLOGICA**

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

 No disponible  
 Disponible Fecha: ..... Valor CD4: ..... Porcentaje: .....

**ENFERMEDADES MARCADORAS**

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

(1) Se considera enfermedad adelgazante por VIH a la que produzca un descenso de peso superior al 10%. Asociada con diarrea crónica (al menos dos deposiciones blancas 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 linfocítica: deben observarse infiltrados intersticiales. Reticulo-nodulares bilaterales de más de dos meses de evolución sin que se aísle ningún germen ni haya respuesta a tratamiento antibiótico.

**HEPATITIS**

Hepatitis B (HBsAg+)

 Sí  
 No  
 Desconocido  
  
 Fecha desconocida

Fecha .....

Hepatitis C

 Sí  
 No  
 Desconocido  
  
 Fecha desconocida

Fecha .....

**SITUACION VITAL**

Vive  
 Desconocida  
 Falleció      Fecha: .....

Causa de fallecimiento vinculada al sida?

Desconocida  
 No  
 Sí.Cuál? .....

**DATOS DEL NOTIFICANTE**

Nombre y Apellido: .....

Tel: ..... e-mail: .....

Institución: .....

Dirección Institución: .....

Ciudad:..... Provincia: .....

Firma y sello del notificante: .....