



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE INFECCIÓN POR VIH E INFECCION AVANZADA POR ELVIH

DATOS DEL SERVICIO

1- Fecha de notificación:..... 2- Región Sanitaria:.....
3- Servicio o unidad notificadora:..... 4- Ciudad:.....
5- Responsable de notificación: 6- Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE

7- Nombre y Apellido:..... 8- Fecha de nacimiento:...../...../.....
9- N° CI:..... 10- *Código: 11- Edad:.....[] A:años M: Meses
12- Sexo: [] 1-Hombre 2- Mujer 13- Genero: [] 1- Masculino 2- Femenino 3. Transexual
14- Etnia:..... 15- Embarazada: Si () No () semanas:
16- Dirección de residencia:..... 17- Barrio:.....
18- Ciudad:..... 19- Región:..... 20- Teléfono:.....

Código: *código: corresponde a 3 letras y 6 números: 1ªletra del primer nombre + 1ªletra del primer apellido +1ªletra del segundo apellido. El apellido de casada no debe ser utilizado para el código. Lo mismo aplica al punto 7.

Los números son la fecha de nacimiento (día/mes/año). Ej. Juan María Pérez Guzmán nacido el 20 de enero del 1967. Código: **JPG200167**.

CATEGORÍAS DE EXPOSICIÓN

21- Exposición sexual

Ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses: 1- Si () 2- No ()

22- Exposición sanguínea

1- ¿Ha usado drogas inyectables en los últimos 12 meses? 1- Si () 2- No ()

2- ¿Ha recibido transfusiones o tratamientos con sangre, hemoderivados, o factores de la coagulación? 1- Si () 2- No ()

Fecha:...../...../..... (por lo menos el año) Ciudad:.....Hospital:.....

• Accidente corto punzante 1- Si () 2- No () 3- Desconoc.()

Especificar tipo de accidente.....

23- Ha estado expuesto al VIH en el periodo perinatal (incluido lactancia) 1- Si () 2- No () 3- Desconoc.()

COMPORTAMIENTO DE RIESGO

24- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con hombre(s)? 1- Si () 2- No ()

25- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con mujer(es)? 1- Si () 2- No ()

26- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con transgenero? 1- Si () 2- No ()

27- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con personas bisexual(es)? 1- Si () 2- No ()

28- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con personas con diagnóstico conocido VIH positivo? 1- Si () 2- No ()

29- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con personas inyectores de drogas vía parenteral? 1- Si () 2- No ()

30- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con trabajadores/as del sexo en los últimos 12 meses? 1- Si () 2- No ()

31- ¿Ha mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero u otros objetos materiales? 1- Si () 2- No ()

DATOS LABORATORIALES

32- Pruebas para VIH

Prueba para diagnóstico del VIH 1- Si () 2- No () fecha ____/____/____

Pruebas confirmatorias 1- Si () 2- No () fecha ____/____/____

Completar solamente en niños menores a 18 meses: 1ª PCR Si () 2- No () fecha ____/____/____ valor ____

2ª PCR Si () 2- No () fecha ____/____/____ valor ____

DIAGNÓSTICO ACTUAL

33- Estadio clínico () 1. Con criterio de sida. 2. Sin criterio de sida. 3. Fallecido Si () No () Fecha ____/____/____

ESTADIFICACION DE LA INFECCION POR EL VIH – CLASIFICACION UTILIZADA POR EL CDC (1.993)

Categoría por recuento de CD4	Categoría Clínica A	Categoría Clínica B	Categoría Clínica C
1) >500 cel/mm3	A1	B1	C1
2) 200-499 cel/mm3	A2	B2	C2
3) <200 cel/mm3	A3	B3	C3