

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 | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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 | | | | | |

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

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

Sin estudios Secundario incompleto Terciario completo
 Primario incompleto Secundario completo Universitario incompleto
 Primario completo Terciario incompleto Universitario completo

CLÍNICA

Establecimiento: _____

Dirección: _____ **Provincia:** _____

Profesional: _____ **Fecha de consulta:** / /

Enfermedades marcadoras: Consignar fecha (mes/año) según corresponda

| | | | |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------|
| Candidiasis bronquial, traqueal, pulmonar o esofágica | <input type="checkbox"/> / ___ | Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar | <input type="checkbox"/> / ___ |
| TBC pulmonar | <input type="checkbox"/> / ___ | Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC | <input type="checkbox"/> / ___ |
| TBC diseminada o extrapulmonar | <input type="checkbox"/> / ___ | Neumonía bacteriana de repetición (en 1 año) | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Neumonía a P. jiroveci (P. carinii) | <input type="checkbox"/> / ___ | L.E.M.P.(Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva) | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Micobacteriosis atípica | <input type="checkbox"/> / ___ | Linfoma primario en cerebro | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Toxoplasmosis cerebral | <input type="checkbox"/> / ___ | Cáncer cervical uterino invasor (cáncer de cuello invasivo) | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Retinitis por Citomegalovirus | <input type="checkbox"/> / ___ | Sarcoma de Kaposi | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Enfermedad por Citomegalovirus (no limitada a hígado, bazo, ganglio) | <input type="checkbox"/> / ___ | Síndrome de desgaste por VIH | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar | <input type="checkbox"/> / ___ | Encefalopatía por VIH | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Cryptosporidiasis con diarreas persistente de más 1 mes | <input type="checkbox"/> / ___ | Neumonía intersticial linfoidea o hiperplasia pulmonar linfoidea (pediátrico) | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Criptococosis extrapulmonar | <input type="checkbox"/> / ___ | Herpes simplex diseminado | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Isosporidiasis crónica intestinal (más de 1 mes) | <input type="checkbox"/> / ___ | Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría) | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Retardo madurativo pondo-estatural (pediatría) | <input type="checkbox"/> / ___ | Linfoma de alta malignidad | <input type="checkbox"/> / ___ |
| Septicemia recurrente a Salmonella | <input type="checkbox"/> / ___ | | |



Ministerio de Salud Argentina

FICHA DEL CIUDADANO

CLÍNICA

AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

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: / / / SI NO
 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:**