

VIH EN EL SNVS

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

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: ____/____/____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

CÓDIGO										Tipo de documento		
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A	B	C	D	E				Número de documento:				
A: 1ra y 2da letra del primer nombre (ej: María Ines= MA) B: 1ra y 2da letra del primer apellido (ej: Gomez Fuente= GO) C: Día de nacimiento (DD)					D: Mes de nacimiento (MM) E: Año de nacimiento (AAAA) EJEMPLO: MAGO 03 06 1986							

AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Género	<input type="checkbox"/>	Varón cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
	<input type="checkbox"/>	Mujer cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
	<input type="checkbox"/>	Varón trans: identidad de género masculino y sexo asignado al nacimiento mujer.
	<input type="checkbox"/>	Mujer trans: identidad de género femenino y sexo asignado al nacimiento varón.
	<input type="checkbox"/>	Otro

Lugar de residencia País _____ Provincia: _____ Localidad _____ Barrio _____

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

DATOS CLÍNICOS

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 pondero-estatural (pediatría)	___/___/___	Linfoma de alta malignidad	___/___/___
Septicemia recurrente a Salmonella	___/___/___		

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

Estado clínico al momento del diagnóstico constatado → Asintomático Síndrome retroviral agudo Sintomático sin criterio de sida

Enfermedad marcadora de sida Desconocido

Internación → NO SI Establecimiento: _____

Condición de alta/egreso → Fallecido fecha: ___/___/___

Causa de fallecimiento vinculado al evento SI NO ¿Cuál? _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

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): _____

DATOS 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 NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ___/___/20___

_____ firma y sello del notificador