

## 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									
<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)			D: Mes de nacimiento (MM)		E: Año de nacimiento (AAAA)				
B: 1ra y 2da letra del primer apellido (ej: Gomez Fuente= GO)			EJEMPLO: MAGO 03 06 1986						
C: Día de nacimiento (DD)									

Tipo de documento							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Número 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"/>

### AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

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

Lugar de residencia  País \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Cobertura social →  Plan / Seguro público  Obra social  Plan salud privado/Mutual  Ninguno

<b>Nivel de educación máximo alcanzado</b>		
<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