

# VIH EN EMBARAZO y PARTO

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Se notificará a toda personas gestante con diagnóstico de VIH (incluyendo embarazo, parto o puerperio).  
Cada embarazo constituye un evento, independientemente del momento del diagnóstico.

## CLASIFICACIÓN DEL CASO

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"/>									
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 Fuente= 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:

### AL MOMENTO DEL EMBARAZO ACTUAL

<b>Género</b>	<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>Otro</b>

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 de seguimiento del embarazo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH:**

<input type="checkbox"/> Asintomático	<input type="checkbox"/> Síndrome retroviral agudo	<input type="checkbox"/> Sintomático sin crédito de sida
<input type="checkbox"/> Enfermedad marcadora de sida	<input type="checkbox"/> Desconocido	

**Diagnóstico referido/constatado** → Fecha de diagnóstico →  Conocida \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Desconocida

Recuento T-CD4 al diagnóstico valor: \_\_\_\_\_ CD4% al diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Diagnóstico durante embarazo/ parto/puerperio?  NO  SI →

<input type="checkbox"/> Embarazo anterior	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> Puerperio
--	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

Tratamiento (drogas administradas al momento de la notificación VIH en embarazo)

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultado de tratamiento:  Tratamiento en curso  Tratamiento interrumpido  Sin tratamiento

Internación → SI  NO  Establecimiento \_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_

Condición de alta / egreso \_\_\_\_\_

Falecido  Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 DEL EMBARAZO

\* FUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \* FPP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Edad gestacional ecográfica (semanas): \_\_\_\_\_ Embarazo múltiple SI  NO

Estadio clínico de la infección en este embarazo →  Asintomático  Síndrome retroviral agudo  Sintomático sin criterio de sida  
 Enfermedad marcadora de sida  Desconocido

¿Se realizó carga viral durante este embarazo?  SI Valor carga viral \_\_\_\_\_  
 NO Semana del embarazo (consignar la última carga viral) \_\_\_\_\_

Tratamiento Antes del embarazo  NO  SI  Desconocido

¿Pareja actual infectada?  SI  
 NO → ¿Le solicitaron estudios?  NO  
 NO SABE  SI → ¿Se los realizó?  SI  NO  NO SABE  
 NO SABE

PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN Y DATOS DEL PARTO

**DEBE COMPLETARSE EL EVENTO EXPUESTO PERINATAL AL VIH**

Establecimiento

Provincia \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

Nacido vivo  NO →  Aborto  Mortinato  
 SI →  Parto vaginal  Cesárea programada  Cesárea de urgencia  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad gestacional al nacer \_\_\_\_\_

Profilaxis durante el parto →  
 No declarado  NO  SI **Droga: zidovudina ampolla**  
 Otras drogas \_\_\_\_\_  
 Inhibición de la lactancia →  No sabe  NO  SI Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 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 RECIÉN NACIDO Para completar dentro de la solapa ficha de ciudadano en sección " núcleo familiar"

Sexo asignado al nacimiento

Mujer  Varón  Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de documento

## DATOS DEL NOTIFICADOR Se sugiere adjuntar en el SNVS 2.0 esta notificación en solapa "documentos"

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador