

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