

**VIH - EXPUESTO PERINATAL**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Se notificará a todo niño/a menor de 18 meses hijo/a de una persona gestante con diagnóstico de VIH o que haya estado expuesto/a al virus durante la lactancia.

**CLASIFICACIÓN DEL CASO**

Fecha de recolección en papel: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Responsable a cargo → Tipo y número de documento de la madre biológica DNI materno: \_\_\_\_\_

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

Establecimiento donde ocurrió el nacimiento: \_\_\_\_\_

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

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

Tratamiento → Zidovudina  lamivudina  nevirapina 

Resultado de tratamiento

Desconocido  Suspensión del tratamiento Tratamiento en curso  Sin tratamiento 

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

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

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

Condición del alta/egreso: \_\_\_\_\_

Fallecido: 

Fecha fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión: (puede marcar más de una).

Transmisión vertical  Embarazo/parto  Lactancia  Momento desconocido Recién nacido sin profilaxis para la exposición al VIH

## 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 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