

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