

FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH - SIDA

COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE

* VARÓN
MUJER

CÓDIGO

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 Fuentes = GO)
Ejemplo: F MAGO 03 06 1978

c: Día de nacimiento (DD)
d: Mes de nacimiento (MM)
e: Año de nacimiento (AAAA)

* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)

TIPO DE DOCUMENTO*

--	--	--	--	--	--

 * Indicar:
CI, DE, DNI, LC o LE

Nº DE DOCUMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Institución: _____ Tel.: _____

Dirección Institución: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

FECHA DE LLENADO DE ESTA FICHA

Firma y sello del notificante: _____

DD		MM		AAAA					

1. DATOS DE LA PERSONA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

1.a Género:

- Masculino
 Femenino
 Trans
 Desconocido

1.b Lugar de residencia

- Argentina
Provincia _____
Localidad _____
Barrio _____
 Otro país, ¿cuál? _____
 Desconocido

1.c. País de nacimiento:

1d. Cobertura de salud

- Sistema público
 Obra Social/ Seguridad Social
 Medicina Prepaga
 Desconocido

1.e Máximo nivel de instrucción alcanzado

- Persona entre 0 y 5 años
 Persona entre 6 y 18 años
Número de años de escolaridad completos/aprobados contando a partir del 1^{er} grado de la primaria _____
 Persona de 19 años o más
- Sin estudios
 Primario incompleto
 Primario completo
 Secundario incompleto
 Secundario completo
 Terciario incompleto
 Terciario completo
 Universitario incompleto
 Universitario completo
 Desconocido

2. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

2.a Fecha: ___ / ___ / _____ Fecha de diagnóstico desconocida

Fecha del primer test positivo confirmado por técnica específica documentada o referida por el paciente.
Niños menores de 18 meses: fecha de la segunda PCR, carga viral o antígeno P24 positivo

2.b Si es mujer, ¿el diagnóstico se realizó durante un embarazo, parto o puerperio?

- Sí
 No
 Desconocido

2.c Estadio clínico al momento del diagnóstico serológico confirmado

- Síndrome retroviral agudo
 Infección asintomática
 Infección sintomática sin criterio de sida
 Enfermedad marcadora de sida
 Desconocido

2.d Vías de transmisión más probables (Se pueden marcar hasta 3 opciones)

- Transmisión vertical
 Relaciones sexuales con mujeres
 Relaciones sexuales con hombres
 Relaciones sexuales con trans
 Uso compartido de equipo de inyección en los últimos 10 años
 Accidente laboral
 Transfusión sanguínea o derivados Institución _____
 Ciudad _____
 Fecha (MM/AAAA) __ __ / __ __ __ __
- Otras ¿Cuál? _____
 Desconocida

3. SITUACIÓN INMUNOLÓGICA

Recuento de linfocitos T-CD4 más cercano a la fecha de diagnóstico

- Disponible Valor CD4 _____ Porcentaje _____ Fecha: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/AAAA)
 No disponible

4. HEPATITIS: CO-INFECCIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

Hepatitis B: Sí No Desconocido Fecha (MM/AAAA): __ __ / __ __ __ __ Fecha desconocida

Hepatitis C: Sí No Desconocido Fecha (MM/AAAA): __ __ / __ __ __ __ Fecha desconocida

5. ENFERMEDADES MARCADORAS

Enfermedad marcadoradora	Fecha (mes/año)	Enfermedad marcadoradora	Fecha (mes/año)
Candidiasis bronquial, traqueal, pulmonar o esofágica	__ __ / __ __	Septicemia recurrente a Salmonella	__ __ / __ __
TBC pulmonar	__ __ / __ __	H. Simplex: úlcera crónica de más de 1 mes de evolución o bronquitis o neumonitis o esofagitis	__ __ / __ __
TBC diseminada o extrapulmonar	__ __ / __ __	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	__ __ / __ __
Neumonía a P. jiroveci (P. carinii)	__ __ / __ __	Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC	__ __ / __ __
Micobacteriosis atípica	__ __ / __ __	Neumonía bacteriana de repetición (en 1 año)	__ __ / __ __
Toxoplasmosis cerebral	__ __ / __ __	L.E.M.P. (Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva)	__ __ / __ __
Retinitis por Citomegalovirus	__ __ / __ __	Linfoma de alta malignidad	__ __ / __ __
Enfermedad por Citomegalovirus (no limitada a hígado, bazo, ganglio)	__ __ / __ __	Linfoma primario en cerebro	__ __ / __ __
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	__ __ / __ __	Cáncer cervical uterino invasor (cáncer cuello invasivo)	__ __ / __ __
Cryptosporidiasis con diarrea persistente de más de 1 mes	__ __ / __ __	Sarcoma de Kaposi	__ __ / __ __
Criptococosis extrapulmonar	__ __ / __ __	Síndrome de desgaste por VIH (1)	__ __ / __ __
Isosporidiasis crónica intestinal (más de 1 mes)	__ __ / __ __	Encefalopatía por VIH	__ __ / __ __
Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría)	__ __ / __ __	Neumonía intersticial linfoidea o hiperplasia pulmonar linfoidea (pediatría) (2)	__ __ / __ __
Retardo madurativo pondo-estatural (pediatría)	__ __ / __ __		

- (1) Se considerará enfermedad adelgazante por el VIH a la que produzca un descenso de peso superior al 10%, asociada con diarrea crónica (al menos dos deposiciones blandas por día durante más de un mes) o astenia e hipotermia intermitente o constante por más de un mes. Debe descartarse cualquier enfermedad concurrente que pueda explicar dichos signos o síntomas.
- (2) Neumonía intersticial linfoidea: deben observarse infiltrados intersticiales, retículo-nodulares bilaterales de más de dos meses de evolución sin que se aísle ningún germen ni haya respuesta a tratamiento antibiótico.

6. NOTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO

Fecha del fallecimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/AAAA)

¿Causa de fallecimiento vinculada al sida?

- Sí. ¿Cuál? _____
 No
 Desconocido

PLANILLA DE ADHERENCIA – HIV

Obra Social: _____

R.N.O.S.

--	--	--	--

FECHA:

--	--	--

PACIENTE (Cod.) _____

1) Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar alguno de estos medicamentos. ¿Ha tenido usted algún problema?

SI NO

En caso que el paciente conteste SI continuar.

2) ¿Relaciona la molestia con un fármaco?

SI NO

¿Qué medicamento le produce molestias?

¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas	<input type="checkbox"/>	Gastroint.	<input type="checkbox"/>	Rash	<input type="text"/>
Lipodis.	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		

3) ¿Cuándo nota la molestia deja de tomar alguna dosis o interrumpe varios días el tratamiento en el último mes?

SI NO

4) Intente cuantificar el número total de días en que el paciente abandona el tratamiento en el último mes.

- | | | |
|------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Ninguno | <input type="checkbox"/> | Equivalente al 100% de adherencia |
| 1 o 2 días | <input type="checkbox"/> | Equivalente al 95% de adherencia |
| 1 semana | <input type="checkbox"/> | Equivalente al 75% de adherencia |
| 2 semanas | <input type="checkbox"/> | Equivalente a 50% de adherencia |
| 3 semanas | <input type="checkbox"/> | Equivalente al 25% de adherencia |
| 4 semanas | <input type="checkbox"/> | Equivalente al 0% de adherencia |

5) Tratamiento (marcar con X los medicamentos en uso)

¿Cambio de tratamiento? SI NO

Cantidad de comprimidos que toma <5 5 a 10 >10

Drogas en uso

1 ABACAVIR	<input type="checkbox"/>	12 HIDROXUREA	<input type="checkbox"/>	23 TENOFOVIR	<input type="checkbox"/>
2 AMPRENAVIR	<input type="checkbox"/>	13 LAMIVUDINA	<input type="checkbox"/>	24 ZALCITABINA	<input type="checkbox"/>
3 ATAZANAVIR	<input type="checkbox"/>	14 LOPINAVIRA	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>
4 DARUNAVIR	<input type="checkbox"/>	15 MARAVIROC	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>
5 DELAVIROINA	<input type="checkbox"/>	16 NELFINAVIR	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>
6 DIDANOSINA	<input type="checkbox"/>	17 NEVIRAPINA	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>
7 EFAVIRENZ	<input type="checkbox"/>	18 RALTEGRAVIR	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>
8 ENFURVIRTIDE	<input type="checkbox"/>	19 RITONAVIR	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>
9 ETRAVIRINA	<input type="checkbox"/>	20 SAQUINAVIR	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>
10 FOSZAMPRENAVIR	<input type="checkbox"/>	21 SAQUINAVIR RF	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	22 STAVUDINA	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>

Firma del Médico tratante:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICO – HIV

Fecha:/...../.....

Obra Social: _____

Código del Paciente: _____ Sexo: F M

Fecha de Diagnostico: _____ - _____ - _____

Lugar de Residencia: _____

Estado Clínico: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3

Accidente Laboral: SI NO Embarazo: SI NO

Vacunas aplicadas los últimos meses:

Lugar de atención: _____

Notificación Programa Nacional de SIDA: SI NO Número de Expediente:

Fundamento Medico: _____

Firma del Médico tratante:

DECLARACIÓN JURADA – HIV

Fecha:/...../.....

Datos del Paciente

Código del Paciente:

Sexo:

Edad:

DATOS DE LA PRESTACION

Periodo de cobertura	Desde.	/	/	Hasta.	/	/
----------------------	--------	---	---	--------	---	---

Tratamiento antirretroviral

Medicación	Desde	Hasta
Cambio de medicación		
Medicación	Desde	Hasta

Recuento linfocitos CD3/CD4-CD

Fecha:			
--------	--	--	--

Determinación de Carga Viral

Fecha:			
--------	--	--	--

Observaciones:.....

.....

.....

La presente declaración da cuenta, de la verificación, por parte de la Auditoria de la Obra Social, respecto a la atención brindada al beneficiario.

Firma del Médico tratante:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/...../.....

Por medio de la presente, el que suscribe..... con D.N.I.

N°....., en mi carácter de PACIENTE / PADRE, MADRE O TUTOR DEL PACIENTE, certifico que se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del procedimiento que se me va a realizar, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Estoy satisfecho con las explicaciones y las he comprendido, por lo cual consiento el tratamiento indicado por el Dr./Dra.

DNI N°....., Matricula Provincial/Nacional N°.....

PACIENTE: _____

DNI N°: _____ N° BENEFICIARIO: _____

PATOLOGIA: _____

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL
PACIENTE, TUTOR O ENCARGADO

FIRMA, ACLARACIÓN, N° MATRICULA
Y ESPECIALIDAD DEL MEDICO TRATANTE