

# FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH-SIDA

COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE

<p>* <b>VARÓN</b> <input type="radio"/> <b>MUJER</b> <input type="radio"/></p> <p><b>CÓDIGO</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>a b c d e</p> <p>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: MAGO 03 06 1978</p> <p>c: Día de nacimiento (DD) d: Mes de nacimiento (MM) e: Año de nacimiento (AAAA)</p> <p>* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)</p>	<p><b>FECHA DE LLENADO DE ESTA FICHA</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DD MM AAAA</p>
--	---

**DATOS DEL NOTIFICANTE**

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

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

Institución: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección Institución: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Firma y sello del notificante: \_\_\_\_\_

## 1. DATOS DE LA PERSONA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

<p>1.a Género:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>1.e Máximo nivel de instrucción alcanzado</p> <p><input type="checkbox"/> Persona entre 0 y 5 años <input type="checkbox"/> Persona entre 6 y 18 años</p> <p>Número de años de escolaridad completos/aprobados contando a partir del 1er grado de la primaria _____</p> <p><input type="checkbox"/> Persona de 19 años o más</p> <p><input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primario incompleto <input type="checkbox"/> Primario completo <input type="checkbox"/> Secundario incompleto <input type="checkbox"/> Secundario completo <input type="checkbox"/> Terciario incompleto <input type="checkbox"/> Terciario completo <input type="checkbox"/> Universitario incompleto <input type="checkbox"/> Universitario completo <input type="checkbox"/> Desconocido</p>
<p>1.b Lugar de residencia</p> <p><input type="checkbox"/> Argentina Provincia _____ Localidad _____ Barrio _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro país, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> Desconocido</p>	
<p>1.c País de nacimiento</p> <p>_____</p>	
<p>1.d Cobertura de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema público <input type="checkbox"/> Obra Social / Seguridad Social <input type="checkbox"/> Medicina Prepaga <input type="checkbox"/> Desconocido</p>	

## 2. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

2.a Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  Fecha Diagnóstico Desconocida

*Fecha del primer test positivo confirmado por Western Blot 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 marcadora	Fecha (mes/año)	Enfermedad marcadora	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 <i>P. jiroveci</i> ( <i>P. carinii</i> )	___ / ___	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 hipertermia 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