

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE VIH EN EMBARAZO Y PARTO



Se notificará a toda persona gestante con diagnóstico de VIH (incluyendo embarazo, parto o puerperio). Cada embarazo constituye un evento, independientemente del momento del diagnóstico.

Fecha de recolección en papel

CLASIFICACIÓN DEL CASO

DATOS DEL PACIENTE

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda.

CÓDIGO									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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: Gómez Fuentes=GO)
C: Día de nacimiento (DD)
D: Mes de nacimiento (MM)
E: Año de nacimiento (AAAA)
EJEMPLO: MAGO 03 06 1986

Tipo de documento									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Número de documento:									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Género	<input type="checkbox"/> Mujer cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
	<input type="checkbox"/> Varón trans: identidad de género masculino y sexo asignado al nacimiento mujer.
	<input type="checkbox"/> Otro

Lugar de residencia →	<input type="checkbox"/> Argentina	Provincia:	Departamento:
		Localidad:	
		Dirección:	
		Teléfono:	
	<input type="checkbox"/> Otro país	¿Cuál?	
	<input type="checkbox"/> Desconocido		

Cobertura social →	<input type="checkbox"/> Plan /seguro público	<input type="checkbox"/> Obra social	<input type="checkbox"/> Plan salud privado/mutual	<input type="checkbox"/> Ninguno
---------------------------	--	---	---	---

Nivel de educación máximo alcanzado		
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Secundario incompleto	<input type="checkbox"/> Terciario completo
<input type="checkbox"/> Primario incompleto	<input type="checkbox"/> Secundario completo	<input type="checkbox"/> Universitario incompleto
<input type="checkbox"/> Primario completo	<input type="checkbox"/> Terciario incompleto	<input type="checkbox"/> Universitario completo

CLÍNICA

Establecimiento de seguimiento del embarazo:

Provincia:

Departamento: **Localidad:**

Profesional: **Fecha de consulta:**/...../.....

Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH :		
<input type="checkbox"/> Asintomático	<input type="checkbox"/> Síndrome retroviral agudo	<input type="checkbox"/> Sintomático sin criterio de sida
<input type="checkbox"/> Enfermedad marcadora de sida	<input type="checkbox"/> Desconocido	

Diagnóstico referido/constatado →	Fecha de diagnóstico →	<input type="checkbox"/> Conocida/...../.....	<input type="checkbox"/> Desconocida
	Recuento T-CD4 al diagnóstico valor:	CD4% al diagnóstico:		
¿Diagnóstico durante embarazo/parto/ puerperio?	<input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí →	<input type="checkbox"/> Embarazo anterior	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Parto
		<input type="checkbox"/> Embarazo actual	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Parto

AL MOMENTO DEL EMBARAZO ACTUAL

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE VIH EN EMBARAZO Y PARTO

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 → Sí No Establecimiento: _____

Profesional: _____

Condición de alta/egreso: _____

Fallecido: Fecha de fallecimiento: _____/_____/_____

EPIDEMIOLOGÍA

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): _____ Embarazomúltiple: Sí No

**Completar con la información que cuente al momento de la notificación.*

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? Sí Valor carga viral: _____
 No Semana del embarazo (consignar la última carga viral): _____

Tratamiento: Antes del embarazo: No Sí Desconocido

¿Pareja actual infectada?

Sí
 No → ¿Le solicitaron estudios? No
 Sí → ¿Se los realizó? Sí No No sabe
 No sabe No sabe

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE VIH EN EMBARAZO Y PARTO

3

PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN Y DATOS DEL PARTO

DEBE COMPLETARSE
EL EVENTO EXPUESTO
PERINATAL AL VIH

Establecimiento:
Provincia: Departamento:
Localidad: Profesional:

Nacido vivo: No Sí Aborto Mortinato
 Parto vaginal Cesárea programada Cesárea de emergencia

Fecha de nacimiento:/...../..... Edad gestacional al nacer:

Profilaxis durante el parto: Sí No No declarado
Droga: *zidovudina ampollas*
Otras drogas:
Inhibición de la lactancia: No sabe No Sí Fecha:/...../.....

LABORATORIO

Esta sección deberá ser completada exclusivamente por personal de laboratorio.

Establecimiento toma de muestra:
Provincia: Departamento:
Localidad:
Establecimiento diagnóstico:
Provincia: Departamento:
Localidad:

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 NOTIFICANTE

Se sugiere adjuntar en el SNVS 2.0 esta notificación en solapa "Documentos"

Institución:
Provincia: Departamento:
Localidad: Dirección:
Nombre y Apellido del notificante:
Teléfono: Correo electrónico:

Firma y sello

EMBARAZO

LABORATORIO

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

DATOS DEL NOTIFICANTE