



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE VIH/Sida-ITS

Avda. Venezuela casi Florida - Asunción - Paraguay

Tel. 204-604

E-mail: direcciongeneral@pronasida.gov.py

FORMULARIO N° 6
FICHA DE NOTIFICACION DE INFECCION POR VIH / HEPATITIS B y C e INFECCION AVANZADA POR EL VIH

DATOS DEL SERVICIO

1- Región Sanitaria:..... 2- Servicio o Unidad Notificadora -:.....
3- Ciudad:..... 4- Fecha de Notificación:.....
5- Responsable de Notificación: 6- Teléfono:.....

DATOS DEL PACIENTE

7- N° CI:.....8- 1er Nombre 1er Apellido 2do Apellido.....
9- Fecha de nacimiento:...../...../.....10- *Código:..... 11-Nacionalidad:.....
12-Edad:..[] A:años M: Meses13-Sexo: [] 1-Hombre 2- Mujer 14-Genero:[] 1- Masculino 2- Femenino 3. Trans
15-Etnia:.....16- Embarazada: Si () No () Semanas de gestación:.....
17-Dirección de residencia:..... 18- Barrio:.....
19- Ciudad:.....20-Región:.....21-Teléfono:.....
Código: *código: corresponde a 3 letras y 6 números: 1ªletra del primer nombre + 1ªletra del primer apellido +1ªletra del segundo apellido.
El apellido de casada no debe ser utilizado para el código. Lo mismo aplica al punto 7.
Los números son la fecha de nacimiento (día/mes/año). Ej. Juan María Pérez Guzmán nacido el 20 de enero del 1967. Código: **JPG200167**.

CATEGORÍAS DE EXPOSICIÓN

22-Exposición sexual
Ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses : 1- Si () 2- No ()
23-Exposición sanguínea
1- ¿Ha usado drogas inyectables en los últimos 12 meses? 1- Si () 2- No ()
2- ¿Ha recibido transfusiones o tratamientos con sangre, hemoderivados, o factores de la coagulación? 1- Si () 2- No ()
Fecha:...../...../..... (por lo menos el año) Ciudad:.....Hospital:.....
• **Accidente corto punzante:** 1- Si () 2- No () 3- Desconoce.()
Especificar tipo de accidente.....
24- Ha estado expuesto al VIH en el periodo perinatal (incluido lactancia) 1- Si () 2- No () 3- Desconoce.()

COMPORTAMIENTO DE RIESGO

25-¿Ha mantenido relaciones sexuales con hombre(s)? 1- Si () 2- No ()
26- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con mujer(es)? 1- Si () 2- No ()
27-¿Ha mantenido relaciones sexuales con personas Trans? 1- Si () 2- No ()
28-¿Ha mantenido relaciones sexuales con personas Bisexual(es)? 1- Si () 2- No ()
29- ¿Ha mantenido relaciones sexuales con personas con diagnóstico conocido VIH positivo? 1- Si () 2- No ()
30-¿Ha mantenido relaciones sexuales con usuarios de drogas inyectables? 1- Si () 2- No ()
31-¿Ha mantenido relaciones sexuales con trabajadores/as del sexo en los últimos 12 meses? 1- Si () 2- No ()
32-¿Ha mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero u otros objetos materiales? 1- Si () 2- No ()

DATOS LABORATORIALES

33-Pruebas para VIH
• Prueba para diagnóstico del VIH: 1- Reactivo () 2-No reactivo () 3-No realizado ()
Fecha ____/____/____
• Pruebas confirmatorias: 1- Reactivo () 2-No reactivo () 3-No realizado ()
Fecha ____/____/____
Completar solamente en niños menores a 18 meses: 1ª PCR Si () 2- No () fecha ____/____/____ valor ____
2da PCRSi () 2- No () fecha ____/____/____ valor ____
34-Pruebas para Hepatitis B () o C ()
• Prueba para diagnóstico: 1- Reactivo () 2-No reactivo () 3-No realizado ()
Fecha ____/____/____

DIAGNÓSTICO ACTUAL

35-Estadio clínico() 1. Con criterio de sida. 2. Sin criterio de sida.
36-Fallecido Si () No () Fecha ____/____/____

ESTADIFICACION DE LA INFECCION POR EL VIH – CLASIFICACION UTILIZADA POR EL CDC (CORREGIDA 1993)

Categoría por recuento de CD4	Categoría Clínica A	Categoría Clínica B	Categoría Clínica C
1) >500 cel/mm3	A1	B1	C1
2) 200-499 cel/mm3	A2	B2	C2
3) <200 cel/mm3	A3	B3	C3



INSTRUCTIVO

FORMULARIO N° 6

FICHA DE NOTIFICACION DE INFECCION POR VIH / HEPATITIS B y C e INFECCION AVANZADA POR EL VIH

ENCABEZADO DEL FORMULARIO

1-Región Sanitaria: nombre y el código de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud.

2-Servicio o Unidad de Notificación: nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realiza la atención.

3-Ciudad: nombre de la Ciudad o Distrito en el cual está ubicado el establecimiento de salud.

4-Fecha de la Notificación: Debe registrar la fecha en que se completa la notificación.

5-Responsable de la Notificación: Escriba Nombres y Apellidos del responsable del servicio que completó la notificación

6-Teléfono: Número de teléfono del responsable del llenado de la notificación

DATOS DEL PACIENTE

7-N° CI: Registre el número de Cedula de identidad del paciente

8- Nombres y Apellidos: Anotar con letra legible 1er Nombre – 1er Apellido y 2do Apellido según aparezca en su documento de identidad.

9-Fecha de Nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento, día, mes y año (dd/mm/aaaa) según consta en el documento de Identificación.

10-Código: *código: corresponde a 3 letras y 6 números: 1ª letra del primer nombre + 1ª letra del primer apellido + 1ª letra del segundo apellido. El apellido de casada no debe ser utilizado para el código. Lo mismo aplica a la sección **Nombre y Apellido**. Los números son la fecha de nacimiento (día/mes/año). Ej. Juan María Pérez Guzmán nacido el 20 de enero del 1967. Código: **JPG200167**.

11.- Nacionalidad: registre la nacionalidad del paciente.

12.- Edad: Anote la edad, marcar si es en años o meses

13- 14 -Sexo y Género (sección 13 y 14): Marque con una "X" en la columna correspondiente a cada sección.

15- Etnia: Anotar la Etnia a la que pertenece. Ej: Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbyá, Maká, otros. Si no es Indígena escriba NA (No aplica).

16.- Embarazada: Marque con una "X" según corresponda, embarazada o no es embarazada y registre la edad de gestación del embarazo en SEMANAS.

17-Dirección, 18-Barrio, 19-Ciudad, 20-Región: son datos de procedencia del paciente, de importancia para la ubicación del paciente en casos necesarios.

21-Teléfono: número de contacto del paciente o encargado.

CATEGORIAS DE EXPOSICION (22 AL 24)

Exposición sanguínea: el contacto a través de fluidos biológicos o factores, debe detallarse la fecha o año de la exposición, Ciudad y/u Hospital (lugar de la exposición).

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO (25 AL 32)

Es importante acceder a las respuestas de las preguntas de esta sección.

DATOS LABORATORIALES

33-Pruebas para VIH: indicar pruebas de diagnóstico de VIH y las pruebas de confirmación. Indicar las fechas de realización de las mismas.

34- Pruebas para Hepatitis B o C: Marque con una "X" según corresponda el resultado a Hepatitis B o Hepatitis C. indicar estado de la prueba de diagnóstico de Hepatitis B y la fecha de realización.

DIAGNOSTICO ACTUAL

35- Estadio clínico: indicar el estadio según criterio sida.

36- Fallecido: indicar estado actual del paciente