

FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH - SIDA

COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE

*** VARÓN** **CÓDIGO**
MUJER
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: _____
Firma y sello del notificante: _____
FECHA DE LLENADO DE ESTA FICHA

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 1º 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 Estado 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 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 linfocítica o hiperplasia pulmonar linfocítica (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 linfocítica: 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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICACION

En mi carácter de médico tratante del/la paciente cuyos datos se informan al pie le he explicado el estado de su salud y la naturaleza de su condición. Asimismo le informé en forma clara y precisa el tratamiento medicamentoso a realizar con la droga.....

Se explicó los beneficios que pueda razonablemente esperar en comparación con otros tratamientos alternativos. Fue discutida y analizada la probabilidad de riesgos mayores o complicaciones en relación con la medicación mencionada. Le fue informado que puede existir la posibilidad de una complicación inesperada por lo que jamás se le pueden dar garantías totales o hacer promesas en lo que concierne a los resultados de cualquier tratamiento. Se han contestado todas las inquietudes al paciente / representante legal (*tachar lo que no corresponda*), quien expresa ser consciente de todo lo informado, dando conformidad con su firma al pie, para el tratamiento.

En, a losdías del mes de.....de 20.....

Datos del paciente

Nombre y apellido.....

DNI..... Fecha de nacimiento.....

Firma

Datos del representante legal *(para el caso de menores de 18 años, o con incapacidad psíquica y/o física que impida firmar)*

Nombre y apellido..... parentesco.....

DNI..... Fecha de nacimiento.....

Firma

Datos del médico tratante

Nombre y apellido..... Matricula Profesional.....

.....

Firma y sello *(donde conste especialidad)*.....

2- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA PARA VIH-SIDA

Obra Social: _____

Código del Paciente: _____ Sexo: F M

Fecha de Diagnóstico: ___ / ___ / ___

Lugar de Residencia: _____

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

Accidente Laboral: SI NO Embarazo: SI NO

Vacunas aplicadas en los últimos tres meses

Lugar de atención: _____

Notificación Programa Nacional de SIDA: SI NO Número de Expediente

Fundamentos médicos: _____

Fecha:

Firma del médico tratante:

4- DECLARACIÓN JURADA COBERTURA VIH – SIDA

DECLARACIÓN JURADA PARA LA COBERTURA DE VIH - SIDA

Datos del Paciente

Código del Paciente: Sexo: Edad:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Período 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 Obra Social, respecto de la atención brindada al beneficiario

Auditor de la Obra Social

Matrícula: _____

Especialidad: _____

Aclaración de firma: _____

Medicamentos para patologías crónicas prevalentes

Ficha de enrolamiento

Fecha: ____/____/____.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombres*: _____

Nº de socio*: _____ Plan*: _____ Documento*: _____

E-mail: _____ Tel.: _____

DIAGNÓSTICO (DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO DE CABECERA)*

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Asma bronquial | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intestinal crónica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Coagulopatias |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoridea/ Otras artritis | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica (DSM IV F 29) | <input type="checkbox"/> Otras patologías |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | | |

Completar en letras la cantidad de casilleros marcados: _____

DATOS CLÍNICOS RELEVANTES

TRATAMIENTO (CONSIGNAR TODOS LOS DATOS)*

	Droga (nombre genérico)	Forma	Potencia/ Dosis	Dosis diaria	Duración tratamiento	Reservado para Auditoría de Hominis
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Reservado para HOMINIS

Nº de autorización: _____

Vencimiento: ____ / ____ / ____.

DATOS DEL PROFESIONAL*

Apellido y nombre _____

Domicilio profesional _____

Localidad _____ Teléfono _____

Firma y sello del profesional:

Institución:

Adjuntar formulario y Receta digital especificando DROGA por nombre genérico