

 PERÚ		Ministerio de Salud		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE CASO DE INFECCIÓN POR VIH Y SIDA											
1. DIRESA/GERESA/DISA:			2. Establecimiento de Salud Notificante:														
3. Tipo de establecimiento:			4. Institución:			5. Fecha de notificación:											
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Puesto de Salud			<input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP		<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> Otro		<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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Día Mes Año	
6. Código del paciente:				8. Motivo de notificación:				9. Estado de infección VIH:									
Iniciales <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Fecha de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Infección por VIH <input type="checkbox"/> Caso de VIH Avanzado <input type="checkbox"/> Caso de SIDA <input type="checkbox"/> Gestante con VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, infectado por VIH <input type="checkbox"/> Caso de fallecido con VIH o SIDA <input type="checkbox"/> Inicio de TARGA				<input type="checkbox"/> Estadio 1 <input type="checkbox"/> Estadio 2 (Avanzado) <input type="checkbox"/> Estadio 3 (SIDA) <input type="checkbox"/> Desconocido									
7. DNI:				<input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto al VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, no infectado por VIH													
10. Residencia habitual:			11. Etnia		12. Grado de instrucción:		13. Condición especial:		14. Sexo al nacer:								
Departamento:			<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro Descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico <i>Pueblo étnico*:</i>		<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Trabajador (a) sexual <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/> Usuario de drogas no inyectables		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre								
Provincia:																	
Distrito:																	
Comunidad:			<input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro														
15. Identidad de género:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido															
16. Antecedentes de RS:		<input type="checkbox"/> RS con hombres <input type="checkbox"/> RS con mujeres <input type="checkbox"/> RS con ambos sexos <input type="checkbox"/> Desconocido															
17. Vía de transmisión:		<input type="checkbox"/> Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No determinado															
		<input type="checkbox"/> Parenteral: <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre y/o derivados <input type="checkbox"/> Compartir agujas /UDI <input type="checkbox"/> Accidente con material contaminado <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos o tejidos <input type="checkbox"/> No determinado															
		<input type="checkbox"/> Madre-niño (vertical)															
		<input type="checkbox"/> Desconocida															
18. Laboratorio para caso de infección VIH:		Pruebas de tamizaje reactivas				Pruebas confirmatorias positivas											
		Prueba N° 1		Prueba N° 2		Prueba N° 1		Prueba N° 2									
		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Tipo: <input type="checkbox"/> Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Otra		Tipo: <input type="checkbox"/> Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> LIA		<input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> PCR		<input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> LIA		<input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> PCR							
19. Laboratorio para niño expuesto, no infectado:		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Tipo: <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR		<input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR				<input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR											
20. TARGA		Fecha de inicio de tratamiento:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
				Día Mes Año													
21. Estado VIH Avanzado / SIDA		Estadio VIH Avanzado:		Fecha de diagnóstico:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Co-infección: (indicar fecha de diagnóstico: dd/mm/aaaa)		<input type="checkbox"/> Tuberculosis --/--/-- <input type="checkbox"/> Hepatitis B --/--/-- <input type="checkbox"/> Hepatitis C --/--/--							
		Estadio SIDA:		Fecha de diagnóstico:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Criterio diagnóstico de SIDA:		<input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> Enfermedad indicadora							
		Enfermedades indicadoras de SIDA				Código CIE-10											
		1.															
		2.															
22. Defunción:		Fecha:		Defunción relacionada a SIDA:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Causa de muerte:											
23. Responsable de notificación		Nombre:						Firma:									

*Especificar pueblo étnico si marcó "Andino" o "Indígena amazónico"