

FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH - SIDA

COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE

* **VARÓN** **MUJER**

CÓDIGO

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: 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:

1.d. 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 Estadio clínico al momento del diagnóstico serológico confirmado

- Síndrome retroviral agudo
 Infección asintomática
 Infección sintomática sin criterio de sida
 Enfermedad marcadora de sida
 Desconocido

Dirección de Sida y ETS

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno - (C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
(005411) 4379-9000 INT. 4061 - vigilanciasida@msal.gov.ar - www.msal.gov.ar/sida

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

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 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

HISTORIA CLINICA ESPECIFICA PARA VIH - SIDA



OBRA SOCIAL
DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA
O.S.P. C.y.D.
R.N.O.5 1-0340-2

OBRA SOCIAL: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA

CODIGO DEL PACIENTE:

SEXO:

F

M

FECHA DE DIAGNOSTICO:

LUGAR DE RESIDENCIA:

ESTADO CLINICO:

A1

A2

A3

B1

B2

B3

C1

C2

C3

ACCIDENTE LABORAL: SI NO

EMBARAZO:

SI

NO

VACUNAS APLICADA EN LOS ULTIMOS MESES:

LUGAR DE ATENCION:

NOTIFICACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SIDA:

SI

NO

NUMERO DE EXPEDIENTE:

FUNDAMENTO MEDICO:

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

ANEXO II PLANILLA DE ADHERENCIA



OBRA SOCIAL
DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA
O.S.P. C.y.D.
R.N.O.5 1-0340-2

OBRA SOCIAL: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA

RNOS: 1-0340-2 FECHA: ____/____/____

PACIENTE (COD) _____

6- FALLO: SI NO N° 1 2 3

7- CONTROLES (INDICAR RESULTADOS)

PRIMERA CV (*)	
PRIMER CV4 (*)	
ACTUAL CV	
ACTUAL CV4	

FECHA	
FECHA	
FECHA	
FECHA	

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

(*) PRIMER CV/ PRIMER CV4 CONSIGNAR RESULTADOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO

Buenos Aires, de de 20 ...-

Señor Gerente de Prestaciones
S/D

Por medio de la presente presto conformidad a la provisión de la Medicación
..... para mi tratamiento de
....., Beneficiario n°,
para el período de Enero a Diciembre de 201...-

Sin más saluda atentamente

FIRMA:

ACLARACION :

D.N.I. :

FIRMA:

SELLO PROFESIONAL :

RECETARIO por favor completar con letra legible, misma tinta y sin enmiendas

Lugar y fecha de Prescripción:

Apellido y Nombres:

N° Beneficiario	DNI	CUIL TITULAR	PARENTESCO	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso	Talla	Teléfono
-----------------	-----	--------------	------------	------	---	------	-------	----------

DIAGNOSTICO:

	NOMBRE GENERICO (Ley 25.649)	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	TOTAL DOSIS/MES	CANT. ENVASES
Rp/1					
Rp/2					
Rp/3					

Firma y Sello Médico Especialista Tratante Rp/1 _____ Rp/2 _____ Rp/3 _____	Intervención de la Auditoría Médica de OSPCYD avalando la medicación Firma y Sello Médico auditor OSPCYD
--	---

Firma Farmacéutico y Sello Farmacia Fecha de Dispensa _____	Firma Paciente o Tercero Interviniente _____ Aclaración y DNI del Paciente O Tercero Interviniente _____	
--	---	--