

 <b>PERÚ</b>		<b>Ministerio de Salud</b>		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		<b>FICHA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE CASO DE INFECCIÓN POR VIH Y SIDA</b>											
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"/>	
6. Código del paciente:				8. Motivo de notificación:				9. Estadio de infección VIH al momento del diagnóstico:									
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="checkbox"/> Infección por VIH <input type="checkbox"/> Estadio SIDA <input type="checkbox"/> Gestante con VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, infectado por VIH <input type="checkbox"/> Inicio de TARGA <input type="checkbox"/> Fallecido con VIH o SIDA				<input type="checkbox"/> Estadio 1 <input type="checkbox"/> Estadio 2 (Avanzado) <input type="checkbox"/> Estadio 3 (SIDA) <input type="checkbox"/> Desconocido									
7. DNI: (CE / Pasaporte)				<input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto al VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, no infectado por VIH				10. Nacionalidad:									
11. Residencia habitual:				12. Etnia		13. Grado de instrucción:		14. Condición especial:		15. Sexo al nacer:							
País:				<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"/> Trabajador (a) sexual <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Usuario de drogas inyectables <input type="checkbox"/> Usuario de drogas no inyectables		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre							
Departamento:																	
Provincia:																	
Distrito:																	
Comunidad:																	
16. Identidad de género:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Desconocido											
17. 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													
18. 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							
19. 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"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <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		<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							
20. Laboratorio para niño expuesto, no infectado:		Fecha		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Fecha		<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		Tipo:		<input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR									
21. TARGA		Fecha de inicio de tratamiento:		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>													
22. Estadio SIDA		Estadio SIDA:		Fecha de diagnóstico:		<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.															
23. Coinfección:		<input type="checkbox"/> Tuberculosis ___/___/___ <i>(indicar fecha de diagnóstico: dd/mm/aaaa)</i>		<input type="checkbox"/> Hepatitis B ___/___/___		<input type="checkbox"/> Hepatitis C ___/___/___											
24. Defunción:		Fecha:		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Defunción relacionada a SIDA:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
		Causa de muerte:															
25. Responsable de notificación		Nombre:				Firma:											

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