

# FICHA DE NOTIFICACIÓN DE VIH - EXPUESTO PERINATAL



Se notificará a todo niño/a menor de 18 meses hijo/a de una persona gestante con diagnóstico de VIH o que haya estado expuesto/a al virus durante la lactancia.

Fecha de recolección en papel

EVENTO SNVS

## CLASIFICACIÓN DEL CASO

## DATOS DEL PACIENTE

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

Apellido y nombre: .....

Tipo de documento:

Número de documento:

Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Sexo asignado al nacimiento: .....

Provincia: ..... Departamento: .....

Localidad: .....

Dirección: ..... Teléfono: .....

Responsable a cargo → Tipo y número de documento de la madre biológica

Tipo:    Número:

Cobertura social → Plan /Seguro público  Obra social  Plan salud privado/Mutual  Ninguno

## CLÍNICA

Establecimiento donde ocurrió el nacimiento: .....

Provincia: ..... Departamento: .....

Localidad: .....

Profesional: ..... Fecha de consulta: ...../...../.....

Tratamiento → zidovudina  lamivudina  nevirapina

Resultado de tratamiento:

Desconocido  Suspensión del tratamiento

Tratamiento en curso  Sin tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento: ...../...../..... Fecha de fin de tratamiento: ...../...../.....

Internación →  Sí  No Establecimiento: .....

Profesional: .....

Condición de alta/egreso: .....

Fallecido:  Fecha fallecimiento: ...../...../.....

FICHA DEL CIUDADANO

CLÍNICA

# FICHA DE NOTIFICACIÓN DE VIH - EXPUESTO PERINATAL

## EPIDEMIOLOGÍA

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión: (puede marcar más de una).

Transmisión vertical →  Embarazo/parto  Lactancia  Desconocido  
Recién nacido sin profilaxis para la exposición al VIH

EPIDEMIOLOGÍA

## LABORATORIO

Esta sección deberá ser completada exclusivamente por personal de laboratorio.

Establecimiento toma de muestra: .....

Provincia: .....

Departamento: .....

Localidad: .....

Establecimiento diagnóstico: .....

Provincia: .....

Departamento: .....

Localidad: .....

| MUESTRA | FECHA TOMA DE MUESTRA | DETERMINACIÓN | TÉCNICA | RESULTADO | FECHA DE RESULTADO |
|---------|-----------------------|---------------|---------|-----------|--------------------|
|         |                       |               |         |           |                    |
|         |                       |               |         |           |                    |
|         |                       |               |         |           |                    |
|         |                       |               |         |           |                    |

LABORATORIO

## DATOS DEL NOTIFICANTE

Institución: .....

Provincia: .....

Departamento: .....

Localidad: .....

Dirección: .....

Nombre y apellido del notificante: .....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

Firma y sello: ..... Matrícula: .....

DATOS DEL NOTIFICANTE