

 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"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Puesto de Salud <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Otro		[][] [][] [][][][] Día Mes Año	
6. Código del paciente:		8. Motivo de notificación:		9. Estadio de infección VIH al momento del diagnóstico:	
Iniciales: [][][][] AP AM N1 N2		<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"/> Niño nacido expuesto al VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, no infectado por VIH		<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)				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 Pueblo étnico*: _____ <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro	<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
16. 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			
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		[][] [][] [][][][] Día Mes Año	[][] [][] [][][][] Día Mes Año	[][] [][] [][][][] Día Mes Año	[][] [][] [][][][] Día Mes Año
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"/> IFI <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> PCR
20. Laboratorio para niño expuesto, no infectado:		Fecha		Fecha	
		[][] [][] [][][][] Día Mes Año		[][] [][] [][][][] Día Mes Año	
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	
21. TARGA		Fecha de inicio de tratamiento:		[][] [][] [][][][] Día Mes Año	
22. Estadio SIDA		Estadio SIDA:	Fecha de diagnóstico:	Criterio diagnóstico de SIDA:	<input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> Enfermedad indicadora
		[][] [][] [][][][] Día Mes Año	[][] [][] [][][][] Día Mes Año		
		Enfermedades indicadoras de SIDA			Código CIE-10
		1.			
		2.			
23. Coinfección:		<input type="checkbox"/> Tuberculosis ___/___/____ <input type="checkbox"/> Hepatitis B ___/___/____ <input type="checkbox"/> Hepatitis C ___/___/____ (indicar fecha de diagnóstico: dd/mm/aaaa)			
24. Defunción:		Fecha:	Defunción relacionada a SIDA:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		[][] [][] [][][][] Día Mes Año			
		Causa de muerte:			
25. Responsable de notificación		Nombre:			Firma:

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