

 <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>									
<b>1. DIRESA/GERESA/DISA:</b>			<b>2. Establecimiento de Salud Notificante:</b>												
<b>3. Tipo de establecimiento:</b>				<b>4. Institución:</b>				<b>5. Fecha de notificación:</b>							
<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"/>		Día                      Mes                      Año	
<b>6. Código del paciente:</b>				<b>8. Motivo de notificación:</b>				<b>9. Estado de infección VIH:</b>							
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"/> <b>Infección por VIH</b> <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"/> <b>Niño nacido expuesto al VIH</b> <input type="checkbox"/> <b>Niño nacido expuesto, no infectado por VIH</b>				<input type="checkbox"/> Estadio 1 <input type="checkbox"/> Estadio 2 (Avanzado) <input type="checkbox"/> Estadio 3 (SIDA) <input type="checkbox"/> Desconocido							
<b>7. DNI:</b>															
<b>10. Residencia habitual:</b>				<b>11. Etnia</b>		<b>12. Grado de instrucción:</b>		<b>13. Condición especial:</b>		<b>14. Sexo al nacer:</b>					
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:				<input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro											
Distrito:															
Comunidad:															
<b>15. Identidad de género:</b>		<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													
<b>16. Antecedentes de RS:</b>		<input type="checkbox"/> RS con hombres <input type="checkbox"/> RS con mujeres <input type="checkbox"/> RS con ambos sexos <input type="checkbox"/> Desconocido													
<b>17. Vía de transmisión:</b>		<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													
<b>18. Laboratorio para caso de infección VIH:</b>		<b>Pruebas de tamizaje reactivas</b>				<b>Pruebas confirmatorias positivas</b>									
		<b>Prueba N° 1</b>		<b>Prueba N° 2</b>		<b>Prueba N° 1</b>		<b>Prueba N° 2</b>							
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"/>		<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"/> 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							
<b>19. Laboratorio para niño expuesto, no infectado:</b>		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									
<b>20. TARGA</b>		<b>Fecha de inicio de tratamiento:</b>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
<b>21. Estado VIH Avanzado / SIDA</b>		<b>Estadio VIH Avanzado:</b>		Fecha de diagnóstico: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>Co-infección:</b> (indicar fecha de diagnóstico: dd/mm/aaaa)		<input type="checkbox"/> Tuberculosis    --/--/-- <input type="checkbox"/> Hepatitis B      --/--/-- <input type="checkbox"/> Hepatitis C      --/--/--							
<b>Estadio SIDA:</b>		Fecha de diagnóstico: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<b>Criterio diagnóstico de SIDA:</b>		<input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> Enfermedad indicadora							
		<b>Enfermedades indicadoras de SIDA</b>				<b>Código CIE-10</b>									
		1.													
		2.													
<b>22. Defunción:</b>		<b>Fecha:</b>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>Defunción relacionada a SIDA:</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
		<b>Causa de muerte:</b>													
<b>23. Responsable de notificación</b>		Nombre:						Firma:							

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