

  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		 HOSPITAL REGIONAL AREQUIPA			
1. DIRESA/GERESA/DISA:				2. Establecimiento de Salud notificante:					
3. Tipo de establecimiento:		4. Institución:		5. Fecha de notificación:					
☐ Hospital ☐ Centro de Salud ☐ Puesto de Salud ☐ Otro		☐ Ministerio de Salud ☐ EsSalud ☐ FFAA/FFPP ☐ Privado ☐ INPE ☐ Otro		DíaMesAño					
6. Código del paciente:		8. Motivo de notificación:		9. Estadio de infección VIH al momento del diagnóstico:					
Iniciales AP AM N1 N2 Fecha de nacimiento DíaMesAño		☐ Infección por VIH ☐ Estadio SIDA ☐ Gestante con VIH ☐ Niño nacido expuesto, infectado por VIH ☐ Inicio de TARGA ☐ Fallecido con VIH o SIDA ☐ Niño nacido expuesto al VIH ☐ Niño nacido expuesto, no infectado por VIH		☐ Estadio 1 ☐ Estadio 2 (Avanzado) ☐ Estadio 3 (SIDA) ☐ Desconocido					
7. DNI: (CE / Pasaporte)				10. Nacionalidad:					
11. Residencia habitual:		12. Etnia		13. Grado de instrucción:		14. Condición especial:			
País: Departamento: Provincia: Distrito: Comunidad:		☐ Mestizo ☐ Afro Descendiente ☐ Andino ☐ Indígena Amazónico <i>Pueblo étnico*:</i> ☐ Asiático descendiente ☐ Otro		☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Universitaria		☐ Trabajador (a) sexual ☐ Privado de libertad ☐ Usuario de drogas inyectables ☐ Usuario de drogas no inyectables			
15. Sexo al nacer:						☐ Mujer ☐ Hombre			
16. Identidad de género:		☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgénero masculino a femenino ☐ Transgénero femenino a masculino ☐ Otro: _____		☐ Desconocido					
17. Antecedentes de RS:		☐ RS con hombres ☐ RS con mujeres ☐ RS con ambos sexos ☐ Desconocido							
18. Vía de transmisión:		☐ Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ No determinado ☐ Parenteral: ☐ Transfusión de sangre y/o derivados ☐ Compartir agujas /UDI ☐ Accidente con material contaminado ☐ Trasplante de órganos o tejidos ☐ No determinado ☐ Madre-niño (vertical) ☐ 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		Prueba N° 1		Prueba N° 2			
Fecha		DíaMesAño		DíaMesAño		DíaMesAño		DíaMesAño	
Tipo:		☐ Prueba Rápida ☐ Prueba de ELISA ☐ Otra		☐ Prueba Rápida ☐ Prueba de ELISA ☐ Otra		☐ Western Blot ☐ IFI ☐ LIA ☐ PCR			
20. Laboratorio para niño expuesto, no infectado:		Fecha		Fecha		Fecha			
		DíaMesAño		DíaMesAño		DíaMesAño		DíaMesAño	
Tipo:		☐ ELISA ☐ IFI ☐ Western Blot ☐ PCR		☐ ELISA ☐ IFI ☐ Western Blot ☐ PCR		☐ ELISA ☐ IFI ☐ Western Blot ☐ PCR			
21. TARGA		Fecha de inicio de tratamiento:		DíaMesAño					
22. Estadio SIDA		Estadio SIDA:		Fecha de diagnóstico:		Criterio diagnóstico de SIDA:			
		DíaMesAño		DíaMesAño		☐ CD4 ☐ Enfermedad indicadora			
		Enfermedades indicadoras de SIDA		Código CIE-10					
		1.							
		2.							
23. Coinfección:		☐ Tuberculosis ____/____/_____ <i>(indicar fecha de diagnóstico: dd/mm/aaaa)</i>		☐ Hepatitis B ____/____/_____ ☐ Hepatitis C ____/____/_____					
24. Defunción:		Fecha:		Defunción relacionada a SIDA:		☐ Sí ☐ No			
		DíaMesAño		Causa de muerte:					
25. Responsable de notificación		Nombre:				Firma:			

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