

 PERÚ		Ministerio de Salud		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades				FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE LA GESTANTE CON VIH Y EL NIÑO NACIDO EXPUESTO AL VIH					
SECCIÓN I: GESTANTE CON VIH													
1. Datos del EESS:								2. Fecha de notificación:					
DISA/DIRESA:		Nombre del EESS:				☐ ☐ Día ☐ ☐ Mes ☐ ☐ ☐ ☐ Año							
Tipo de EESS:		☐ Hospital ☐ Centro de Salud ☐ Puesto de Salud ☐ Otro						3. Fecha de reporte de ficha de investigación epidemiológica:					
Institución:		☐ MINSA ☐ EsSalud ☐ FFAA/FFPP ☐ Privado ☐ Otro						☐ ☐ Día ☐ ☐ Mes ☐ ☐ ☐ ☐ Año					
4. Datos de la gestante:													
Código:		DNI:				Etnia: ☐ Mestizo ☐ Afro Descendiente ☐ Andino ☐ Indígena Amazónico ☐ Asiático descendiente ☐ Otro							
Apellidos y nombres:													
Fecha de nacimiento:		__/__/____ (dd/mm/aaaa)											
Residencia habitual:		Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____											
Momento de diagnóstico de infección por VIH (Indicar momento y fechas de pruebas reactivas/positivas):		☐ Previo a la gestación actual				Año de diagnóstico: ☐ ☐ ☐ ☐							
		☐ Durante la actual gestación.		☐ Atención prenatal (APN) ☐ Trabajo de parto ☐ Puerperio ☐ Posterior al puerperio ☐ Por aborto		Prueba de tamizaje N° 1: __/__/____ Prueba de tamizaje N° 2: __/__/____ Prueba confirmatoria: __/__/____ (dd/mm/aaaa)							
5. Datos de la gestación													
FUR:		__/__/____		Recibió APN:		☐ Sí ☐ No		Embarazo múltiple:		☐ Sí ☐ No			
Recibió ARV:		☐ Sí ☐ No		Fecha de inicio ARV:		__/__/____		Abandonó terapia ARV:		☐ Sí ☐ No			
Recibe terapia triple/TARGA:		☐ Sí ☐ No		Culminación del embarazo:		☐ N° de nacidos vivos: ☐ N° de óbitos fetales: ☐ Aborto		Parto por cesárea:		☐ Sí ☐ No			
EES del parto:		DIRESA: _____ Institución: ☐ MINSA ☐ EsSalud ☐ FFAA/FFPP ☐ Privado ☐ Otro		Nombre del EESS:				Fecha del parto:		__/__/____ (dd/mm/aaaa)			
Carga viral indetectable:		☐ Sí ☐ No		Abandona seguimiento:		☐ Sí ☐ No		Gestante fallece:		☐ Sí ☐ No			
SECCIÓN II: NIÑO NACIDO EXPUESTO AL VIH													
6. Datos del EESS:								7. Fecha de notificación:					
DISA/DIRESA:		Nombre del EESS:				☐ ☐ Día ☐ ☐ Mes ☐ ☐ ☐ ☐ Año							
Tipo de EESS:		☐ Hospital ☐ Centro de Salud ☐ Puesto de Salud ☐ Otro						8. Fecha de reporte de ficha de investigación epidemiológica:					
Institución:		☐ MINSA ☐ EsSalud ☐ FFAA/FFPP ☐ Privado ☐ Otro						☐ ☐ Día ☐ ☐ Mes ☐ ☐ ☐ ☐ Año					
9. Datos del niño													
Código:		DNI:				Sexo:		☐ Hombre ☐ Mujer					
Apellidos y nombres:						Fecha de nacimiento:		__/__/____					
Código de la madre:		DNI de la madre:											
10. Datos de la exposición al VIH													
Recibió ARV:		☐ Sí ☐ No		Fecha de inicio ARV:		__/__/____		Abandonó terapia ARV:		☐ Sí ☐ No			
ARV recibido:		☐ AZT ☐ AZT + NVP ☐ Otro		N° de días que tomó ARV:		_____ días		Profilaxis ARV de acuerdo a NT vigente:		☐ Sí ☐ No			
Sucedáneos de leche materna:		☐ Sí ☐ No		N° de meses que recibió sucedáneos de LM:		_____ meses		Tomó leche materna:		☐ Sí ☐ No			
11. Determinación del estado serológico del niño nacido expuesto													
Estado Serológico final:		☐ Infectado por VIH ☐ No infectado por VIH ☐ Estado indeterminado		Motivo de estado indeterminado:		☐ Continúa en seguimiento ☐ Fallecido antes de poder determinar su estado serológico ☐ Abandonó el seguimiento / seguimiento irregular ☐ Referido: _____							
Pruebas diagnósticas		Prueba		Fecha de toma de muestra:		Resultado							
		1er PCR:		__/__/____		☐ Positivo ☐ Negativo							
		2do PCR:		__/__/____		☐ Positivo ☐ Negativo							
		Prueba de ELISA:		__/__/____		☐ Reactivo ☐ No reactivo							
		Prueba confirmatoria:		__/__/____		☐ Positivo ☐ Negativo							
Observaciones:													