

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y A.S. DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA Y GESTION DE RIESGO DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA Y CONTROL										FICHA EPIDEMIOLÓGICA VIGILANCIA VIH/VIH AVANZADO, ADULTO Y PEDIÁTRICO										Versión: 2024 				
No. de Expediente Clínico:					No. De Ficha:																			
Si el paciente tiene más de 18 meses y cuenta con DPI coloque el número en la casilla 1.1 Si no cuenta con DPI o es extranjero construya el código en el numeral 1.3.(ver instrucciones al reverso) Si el paciente es menor de 18 meses coloque el CUI del certificado de nacimiento (RENAP) en la casilla 1.2. Si no posee CUI propio, coloque el CUI (DPI) de la madre.																								
1.1 CUI (DPI) Propio																								
1.2 CUI (DPI) de la madre (menor de 18 m)																								
1.3 Código construido																								
2. INFORMACION INSTITUCIONAL / UNIDAD NOTIFICADORA																								
2.1 Fecha de notificación		Día	Mes	Año	2.2.1 Departamento					2.2.2 Municipio:					2.2.3 Área de salud									
2.2.4 Distrito de Salud:					2.3 Nombre del Servicio o Unidad Notificadora:					2.4 Tipo de servicio de salud:														
2.5.1 Nombre de responsable de llenar ficha										2.5.2 Cargo de responsable de llenado:														
3. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA																								
3.1 Sexo al nacer		Masculino		Femenino		3.2 Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	3.3 Edad		Años		Meses		Días							
3.4. Lugar de nacimiento (País)					3.4.1 Departamento					3.4.2 Municipio					3.4.3 Localidad									
3.5. Lugar de residencia (País)					3.5.1 Departamento					3.5.2 Municipio					3.5.3 Localidad									
3.6. Nacionalidad					3.7. Pueblo					3.8. Estado Civil					3.9. Escolaridad									
NOTA: Si la embarazada conoce la fecha de última regla anótela en el numeral 3.12 y calcule la edad gestacional por FUR colocándola en el 3.14. Si no la conoce, calcule la edad gestacional por altura uterina y colóquela en el 3.183.11 Fecha de ultima regla:																								
3.10 Embarazada:		SI	NO	3.11 Conoce su fecha de última regla		Si	no	3.12 Fecha de última regla		día	mes	año	3.13 Edad gestacional por altura uterina:											
3.14 Edad gestacional por FUR:					3.15 Condición del paciente en la fecha de notificación:					Vivo		Muerto		3.16 Fecha de muerte:		Día	Mes	Año						
3.17 Otras condiciones de riesgo:		3.17.1 Usuario de drogas inyectadas:		Si	No	3.17.2 Transfusiones:		Si	No	3.17.3 Accidentes de trabajo:		Si	No	3.17.4 Violencia Sexual		Si	No							
4. INFORMACIÓN DE POBLACIONES CLAVE																								
4.1 Se identifica cómo:		Gay/homosexual		Trans		Bisexual		Heterosexual		4.2 Se identifica como trabajador del sexo:					Si	No								
4.3 En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes:										Si		No		4.4 Es privado de libertad:		Si	No							
5. MENORES DE 18 MESES																								
5.1 La madre tiene diagnóstico de VIH:					Si	No	No Sabe		5.2 Fecha de diagnóstico de la madre:					Día	Mes	Año								
5.3 Condición de la madre fecha notificación					Viva	Fallecida	No Sabe		5.4 La madre recibió ARV:					SI	NO	No sabe								
Antes del embarazo:		SI	NO	Inició durante el embarazo, antes de cumplir las 4 semanas:					SI	NO	Inició durante el embarazo, durante la 4 semana o después:					SI	NO							
No ha recibido ARV:		SI	NO	No sabe:					5.5 Fecha de tratamiento					día	mes	año								
5.6 Resolución del embarazo:					Parto	Cesárea	No sabe		5.7 La madre recibió ARV transparto:					SI	NO	No Sabe								
5.8 El paciente recibió lactancia:					SI	No	No sabe		5.9 El RN recibió profilaxis post natal:					Opción A	Opción B	No recibió	No Sabe							
ADN PROVIRAL:																								
5.10.1 Prueba 1 fecha:		Día	Mes	Año	5.10.2 Resultado Prueba 1:		Positivo		Negativo		5.10.3 Unidad donde se realiza la prueba:		5.10.4 Tipo de servicio:											
5.10.5 Prueba 2 fecha:		Día	Mes	Año	5.10.6 Resultado Prueba 2:		Positivo		Negativo		5.10.7 Unidad donde se realiza la prueba:		5.10.8 Tipo de servicio:											

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y A.S. DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA Y GESTION DE RIESGO DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA Y CONTROL	FICHA EPIDEMIOLÓGICA VIGILANCIA VIH/VIH AVANZADO, ADULTO Y PEDIÁTRICO	Versión: 2024 
---	--	--

6. RESULTADOS DE LABORATORIO

6.1.1 Resultado prueba1:	Reactiva	No Reactiva	6.1.2 Fecha de resultado:	Día	Mes	Año	6.1.3 Tipo del servicio de Salud:
---------------------------------	----------	-------------	---------------------------	-----	-----	-----	--

6.1.4 Recibió sus resultados:	Sí	No	No sabe	No Aplica	6.1.5 Área de salud:			
--------------------------------------	----	----	---------	-----------	-----------------------------	--	--	--

6.1.6 Distrito de salud:	6.1.7 Servicio de salud:
---------------------------------	---------------------------------

6.2.1 Resultado prueba2:	Reactiva	No Reactiva	6.2.2 Fecha de resultado:	Día	Mes	Año	6.2.3 Tipo del servicio de Salud:
---------------------------------	----------	-------------	---------------------------	-----	-----	-----	--

6.2.4 Recibió sus resultados:	Sí	No	No sabe	No aplica	6.2.5 Área de salud:			
--------------------------------------	----	----	---------	-----------	-----------------------------	--	--	--

6.2.6 Distrito de salud:	6.2.7 Servicio de salud:
---------------------------------	---------------------------------

6.3.1 Resultado prueba 3:	Reactiva	No Reactiva	6.3.2 Fecha de resultado:	Día	Mes	Año	6.3.3 Tipo de servicio de Salud:
----------------------------------	----------	-------------	---------------------------	-----	-----	-----	---

6.3.4 Recibió sus resultados	SI	NO	No Sabe	No Aplica	6.3.5 Área de salud:			
-------------------------------------	----	----	---------	-----------	-----------------------------	--	--	--

6.3.6 Distrito de salud:	6.3.7 Servicio de salud:
---------------------------------	---------------------------------

6.4.1 Prueba Rápida de Infección reciente. (PRIR)	Reciente	Largo Termina	Inconclusa	Invalida	No realizada	Porque:	No está interesado	No aceptó	Por Confidencialidad	No hay pruebas
--	----------	---------------	------------	----------	--------------	---------	--------------------	-----------	----------------------	----------------

6.4.2 Fecha de resultado:	Día	Mes	Año	Resultado PRIR-RITA:	Reciente:	Largo Termina:	6.4.3 Tipo de servicio:
----------------------------------	-----	-----	-----	----------------------	-----------	----------------	--------------------------------

6.4.4 Recibió sus resultados:	Sí	No	No Sabe	No Aplica	6.4.5 Área de salud:			
--------------------------------------	----	----	---------	-----------	-----------------------------	--	--	--

6.4.6 Distrito de salud:	6.4.7 Servicio de salud:
---------------------------------	---------------------------------

6.5.1 Resultado CD4 Basal:	mm3	6.5.2 Fecha de Resultado:	Día	Mes	Año	6.5.3 Tipo de servicio de Salud:
-----------------------------------	-----	---------------------------	-----	-----	-----	---

6.5.4 Recibió sus resultados:	Sí	No	No Sabe	No Aplica	6.5.5 Área de salud:			
--------------------------------------	----	----	---------	-----------	-----------------------------	--	--	--

6.5.6 Distrito de salud:	6.5.7 Servicio de salud:
---------------------------------	---------------------------------

6.6.1 Resultado Carga Viral:	Copias/ml	6.6.2 Fecha de resultado	día	mes	año	6.6.3 Tipo de servicio de Salud:
-------------------------------------	-----------	--------------------------	-----	-----	-----	---

6.6.4 Recibió sus resultados	Si	No	No sabe	No Aplica	6.6.5 Área de salud:			
-------------------------------------	----	----	---------	-----------	-----------------------------	--	--	--

6.6.6 Distrito de salud:	6.6.7 Servicio de salud:
---------------------------------	---------------------------------

7. CLASIFICACIÓN PARA LA VINCULACIÓN

7.1 Fecha de diagnóstico (segunda prueba reactiva):	día	mes	año	7.2 Paciente vinculado a UAI:	Sí	No	7.3 Fecha de vinculación (emisión de carné):	día	mes	año
--	-----	-----	-----	--------------------------------------	----	----	---	-----	-----	-----

7.4 Número de Carné:	7.5 Nombre de la UAI:
-----------------------------	------------------------------

7.6 Paciente inició tratamiento con antirretrovirales (ARV) en esta UAI:	Sí	No	7.7 Fecha de inicio de tratamiento con antirretrovirales (ARV) en esta UAI:	día	mes	año
---	----	----	--	-----	-----	-----

7.8 Esquema de inicio de (ARV) en esta UAI:	7.9 Clasificación final del caso:	VIH	VIH Avanzado
--	--	-----	--------------

INSTRUCTIVO FICHA DE NOTIFICACIÓN

No. de expediente clínico: Anotar el # asignado en el servicio.

No. de Ficha: Se genera de manera automática al completar los datos de unidad notificadora, copiarlo de Epiweb.

1. CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN:

1.1 CUI (DPI) Propio, auto explicativo

1.2 CUI (DPI) de la madre (menor de 18 m), auto explicativo

1.3 Código construido (16 dígitos), según procedimiento establecido. (ver protocolo)

2. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

2.1 **Fecha de notificación:** día, mes y año en que se notifica.

2.2 **Departamento:** Departamento donde se ubica la unidad notificadora

2.3 **Municipio:** Anotar el nombre del municipio donde se ubica la unidad notificadora

2.4 **Área de salud:** Nombre del área de salud de la unidad notificadora

2.5 **Distrito de salud:** Nombre del distrito de la salud

2.6 **Nombre del Servicio o unidad notificadora:** Nombre específico. Según catalogo

2.7 **Tipo de servicio de salud:** Si corresponde a p/s, c/s, etc. Según catalogo

2.8 **Otro Tipo de servicio:** Completar cuando corresponda a un servicio que no es parte del MSPAS

2.7 **Nombre completo de la persona que llena la Ficha:** Nombre de la persona que efectivamente completa la ficha.

2.8 **Cargo del responsable del llenado de la ficha:** epidemiólogo, médico, encargado de VIH, otro.

3. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

3.1 **Sexo al nacer:** Masculino o Femenino

3.2 **Fecha de nacimiento:** día, mes, año de la fecha de nacimiento.

3.3 **Edad:** Anotar años o meses cumplidos al momento de la notificación. Al ingresar la fecha de nacimiento la edad se calculará de manera automática al ingresar en Epiweb

3.4, hasta 3.4.3: **Lugar de nacimiento:** Anotar el país, departamento, municipio y localidad de nacimiento de la persona.

3.5, hasta 3.5.3: **Lugar de residencia:** Anotar el país, departamento, municipio y localidad de la residencia actual de la persona.

3.6 **Nacionalidad:** anotar la nacionalidad de la persona.

3.7 **Pueblo:** Anotar el pueblo: Maya, ladino/mestizo, garífuna, xinca, otros, extranjero, desconocido.

3.8 **Estado civil:** Anotar, soltero, casado, unido, viudo, divorciado, desconocido.

3.9 **Escolaridad:** analfabeta, alfabeto, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, diversificado incompleto, diversificado completo, universitaria incompleta, universitaria completa.

3.10 **Embarazada:** Marcar SI o No

3.11 **Conoce la fecha de su última regla:** Anote si o no

NOTA: Si la embarazada conoce la fecha de última regla anótela en el numeral 3.17 y calcule la edad gestacional por FUR colocándola en el 3.19. Si no la conoce, calcule la edad gestacional por altura uterina y colóquela en el 3.18

3.12 **Fecha última regla:** Anotar día, mes y año.

3.13 **Edad gestacional por altura uterina:** Anote la edad gestacional.

3.14 **Edad gestacional por FUR:** Anote la edad gestacional

Semanas de embarazo: en el sistema epiweb se anotará automáticamente al restar fecha de notificación menos FUR.

3.15 **Condición del paciente en la fecha de notificación:** anotar vivo o muerto.

3.16 **Fecha de muerte:** si anotó "muerto" anteriormente, debe de colocar la fecha de defunción día, mes y año.

3.17 **Otras condiciones de riesgo:** Marcar SI o No según corresponda desde 3.17.1 hasta 3.17.4

4. INFORMACIÓN POBLACIÓN CLAVE

4.1. **¿Se identifica usted como Gay / Homosexual? ¿Trans? ¿Bisexual? Heterosexual:** marcar una de las respuestas

4.2. **¿Se identifica usted como trabajadora sexual?:** marcar una de las dos respuestas, SI o No.

4.3. **¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes?:** marcar una de las dos respuestas SI o No.

4.4. **¿Es privado de libertad?:** marcar una de las dos respuestas SI o NO.

5. CASOS PEDIÁTRICOS

5.1. **Madre tiene diagnóstico de VIH:** marcar una de las tres respuestas SI o NO, no sabe.

5.2. **Fecha de diagnóstico de la madre:** si marcó "Si" a la pregunta 5.1, colocar la fecha de diagnóstico de la madre (día, mes y año).

5.3 **Condición de la madre a la fecha de notificación:** Marcar viva, fallecida, no sabe.

5.4. **La madre recibió ARV:** marcar una de las tres opciones.

Si la respuesta fue SI: Antes del embarazo: marcar SI o No; Durante el embarazo antes de cumplir 4 semanas: marcar SI o No; 4 semanas o después: marcar SI o No; No ha recibido ARV, marcar SI o No.

5.5. **Fecha de tratamiento:** fecha de inicio de tratamiento, día, mes y año.

5.6. **Resolución del embarazo:** marcar una de las opciones, parto vaginal, cesárea, no sabe.

5.7. **La madre recibió ARV transparto:** Marcar una de las opciones, Si, No, No sabe.

5.8. **Recibió lactancia materna:** marcar una de las respuestas.

5.9. **El RN recibió profilaxis post natal:** Marcar una de las respuestas, Opción A, Opción B, No recibió, No sabe

ADN Proviral:

5.10.1 hasta 5.10.4 **Prueba 1:** Fecha: Anotar día, mes, año, marcar con una X el resultado, anotar el día, mes y año del resultado, nombre de la unidad y tipo de servicio

5.10.5 hasta 5.10.8 **Prueba 2:** Fecha: Anotar día, mes, año, marcar con una X el resultado, anotar el día, mes y año del resultado, nombre de la unidad y tipo de servicio

6. RESULTADOS DE LABORATORIO

6.1. hasta 6.1.7 **Primera Prueba:** anotar el nombre de dicha prueba, marcar con una x el resultado y escribir la fecha en que se realizó (día, mes y año), nombre y tipo de servicio, anotar si la persona recibió el resultado, área de salud, distrito de salud y nombre del servicio de salud según catálogo.

6.2. hasta 6.2.7 **Segunda Prueba:** anotar el nombre de dicha prueba, marcar con una x el resultado y escribir la fecha en que se realizó (día, mes y año), nombre y tipo de servicio, anotar si la persona recibió el resultado, área de salud, distrito de salud y nombre del servicio de salud según catálogo.

6.3. hasta 6.3.7 **Tercera Prueba:** anotar el resultado y escribir la fecha en que se realizó (día, mes y año), nombre y tipo de servicio, anotar si la persona recibió el resultado. área de salud, distrito de salud y nombre del servicio de salud según catálogo.

6.4. hasta 6.4.7 **Prueba de Infección Reciente:** anotar el nombre de dicha prueba, marcar con una x el resultado y escribir la fecha en que se realizó (día, mes y año), nombre y tipo de servicio, anotar si la persona recibió el resultado, Si no fue realizada anotar por Qué según catálogo, área de salud, distrito de salud y nombre del servicio de salud según catálogo. Según protocolo anotar el resultado PRIR-RITA.

6.5. hasta 6.5.7 **CD4 Basal:** se debe de anotar el resultado de la prueba y escribir la fecha del resultado (día, mes y año), nombre y tipo de servicio, anotar si la persona recibió el resultado, área de salud, distrito de salud y nombre del servicio de salud según catálogo.

6.6. hasta 6.6.7 **Carga viral Basal:** se debe de anotar el resultado de la prueba y escribir la fecha del resultado (día, mes y año), nombre y tipo de servicio, anotar si la persona recibió el resultado, área de salud, distrito de salud y nombre del servicio de salud según catálogo.

7. CLASIFICACIÓN PARA LA VINCULACION

7.1. **Fecha de diagnóstico:** anotar el día, mes y año en que se realizó el diagnóstico final. Corresponde a la fecha de la 2ª. Prueba reactiva. En Epiweb se registrará automáticamente.

7.2. **Paciente vinculado a la Unidad de Atención Integral:** marcar Si, a aquellos pacientes que son vinculados a una UAI para inicio de tratamiento.

7.3. **Fecha de Vinculación:** Fecha en la cual el paciente queda vinculado en la UAI (emisión de carné).

7.4 **Número de Carné:** Número de carné asignado por la UAI

7.5. **Nombre de la UAI:** Escribir el nombre de la UAI.

7.6. **Paciente inició tratamiento con antirretrovirales (ARV) en esta UAI:** Marcar SI o NO según corresponda.

7.7. **Fecha de inicio de tratamiento con Antirretrovirales (ARV) en esta UAI:** Anotar la fecha.

7.8. **Esquema de inicio de ARV en esta UAI:** Anotar el esquema indicado.

7.9. **Diagnóstico final:** Con base a los resultados de laboratorio, marcar con una X si el caso es VIH o VIH avanzado.