

VIH / SIDA CÓDIGO INS 850

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-030 V:04 AÑO 2015

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID		

5. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

5.1 Mecanismo probable de transmisión			
Sexual <input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 2. Homosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual	Materno infantil <input type="radio"/> 4. Perinatal (gestación, parto, lactancia)	Parental <input type="radio"/> 5. Transfusión sanguínea <input type="radio"/> 6. Usuarios drogas IV <input type="radio"/> 7. Accidente de trabajo	<input type="radio"/> 9. Transplante de órganos
5.2 Ante todo caso de transmisión materno infantil diligenciar			5.3 Identidad de género
Nombre de la madre		Tipo de ID*	Número de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID			<input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino <input type="radio"/> 3. Transgénero
5.4 ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		5.4.1 Fecha de la donación (dd/mm/aaaa) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div>	5.4.2 Nombre de la institución donde realizó la donación:

6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

6.1 ¿Recibió asesoría Pre prueba? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.2 ¿Recibió asesoría post prueba? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.3 Tipo de prueba <input type="radio"/> 1. Western Blot <input type="radio"/> 2. Carga viral	6.3.1 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div>
6.3.2 Valor de la carga viral (N° de copias)		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div>	

7. OTROS ANTECEDENTES DEL PACIENTE

A. Estado clínico del paciente al momento de la notificación		<input type="radio"/> 1. VIH	<input type="radio"/> 2. SIDA	<input type="radio"/> 3. Muerto
B. Número de hijos menores de 5 años		Niños	Niñas	
Indique el número de hijos del paciente menores de 5 años, niños y niñas, según corresponda en los espacios señalados		<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>	
A. Situación de embarazo	<input type="radio"/> 1. Sí	7.2 Indique el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico		
7.1 ¿Embarazo?	<input type="radio"/> 2. No	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>		

8. INFORMACIÓN CLÍNICA

B. Enfermedades asociadas			Marque con una X las enfermedades oportunistas y/o coinfecciones que presente el paciente con estadio SIDA		
<input type="checkbox"/> 1. Candidiasis esofágica	<input type="checkbox"/> 11. Histoplasmosis extrapulmonar	<input type="checkbox"/> 21. Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/> 22. Síndrome de emaciación	<input type="checkbox"/> 23. Leucoencefalopatía multifocal	<input type="checkbox"/> 24. Septicemia recurrente por Salmonella
<input type="checkbox"/> 2. Candidiasis de las vías areas	<input type="checkbox"/> 12. Isosporidiasis crónica	<input type="checkbox"/> 25. Toxoplasmosis cerebral	<input type="checkbox"/> 26. Hepatitis B*	<input type="checkbox"/> 27. Hepatitis C	<input type="checkbox"/> 28. Meningitis
<input type="checkbox"/> 3. Tuberculosis pulmonar	<input type="checkbox"/> 13. Herpes zoster en múltiples dermatomas	<input type="checkbox"/> 29. Recuento CD4 menor de 200			
<input type="checkbox"/> 4. Cáncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> 14. Histoplasmosis diseminada				
<input type="checkbox"/> 5. Tuberculosis extrapulmonar*	<input type="checkbox"/> 15. Linfoma de Burkitt				
<input type="checkbox"/> 6. Coccidioidomicosis	<input type="checkbox"/> 16. Neumonía por pneumocystis				
<input type="checkbox"/> 7. Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> 17. Neumonía recurrente (más de 2 episodios en un año)				
<input type="checkbox"/> 8. Retinitis por citomegalovirus	<input type="checkbox"/> 18. Linfoma inmunoblástico				
<input type="checkbox"/> 9. Encefalopatía por VIH	<input type="checkbox"/> 19. Criptosporidiasis crónica				
<input type="checkbox"/> 10. Otras micobacterias	<input type="checkbox"/> 20. Criptococosis extrapulmonar				

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
VIH SIDA (Cod INS: 850)

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación	* Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificados. Diligencie una sola opción en esta variable.	* El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.	SI
5. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS			
5.1 Mecanismo probable de transmisión	Marque con una X la opción según corresponda. Sexual: 1 = Heterosexual 2 = Homosexual 3 = Bisexual	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
	Materno infantil: 4 = Perinatal (gestación, parto, lactancia)		SI
	Parenteral: 5 = Transfusión sanguínea 6 = Usuarios drogas IV 7 = Accidente de trabajo 9 = Transplante de órganos		SI
5.2 Ante todo caso de transmisión materno-infantil diligenciar el nombre de la madre junto con el número de documento de identificación	Diligenciar la información solicitada.	Espacio que se activa una vez se marque en la variable 5.1 Mecanismo probable de transmisión, la opción "Materno infantil"	SI
5.3 Identidad de género	Marque con una X la opción según corresponda. "Alude a la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a sentirse hombre o mujer".	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.4 ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación?	Marque con una X la opción según corresponda.	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.4.1 Fecha de donación	Formato día-mes-año	Depende de la respuesta en variable 5.4, opción 1 = Si.	NO
5.4.2 Nombre de la institución donde realizó la donación	Ingrese la información solicitada.	Depende de la respuesta en variable 5.4, opción 1 = Si.	NO
6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO			
6.1 ¿Recibió asesoría pre prueba?	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
6.2 ¿Recibió asesoría post prueba?	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
6.3 Tipo de prueba	1 = Western Blot: Recuerde que este tipo de prueba es para mayores de 18 meses. 2 = Carga viral: Tipo de prueba para menores de 18 meses.	El sistema habilitará la opción 1 = Western Blot para mayores de 18 meses. El sistema habilitará la opción 2 = Carga viral para la población menor de 18 meses.	SI
6.3.1 Fecha de resultado	Formato día-mes-año	Fecha en la que se tomó la prueba.	SI
6.3.2 Valor de la carga viral	Valor absoluto de número de copias del virus.	Variable obligatoria si en la pregunta 6.2 Tipo de prueba marcó la opción 2 = Carga Viral.	SI
7. OTROS ANTECEDENTES DEL PACIENTE			
A. Estadio clínico del paciente al momento de la notificación	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que el paciente puede pasar del estadio VIH a SIDA, evidenciando la necesidad de notificar en el cambio de estadio clínico. Lo mismo sucede con la muerte por SIDA. 1 = VIH 2 = SIDA 3 = Muerto	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
B. Indique el número de hijos del paciente menores de 5 años, nios y niñas, según corresponda en los espacios señalados.	Ingrese la información solicitada.		
7.1 ¿Embarazo?	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Aplica solo para mujeres embarazadas.	SI
7.2 Indique el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico	Anote el número de semanas de gestación al momento de diagnóstico de VIH.	Depende de la opción señalada en la variable 7.1 Embarazo, opción 1 = Si	SI
8. INFORMACIÓN CLÍNICA			
B. Enfermedades asociadas	Marque con una X las enfermedades oportunistas que presente el paciente con estadio SIDA.	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI