



**Notificación de caso de VIH  
(en mayores de 18 meses)**

Fecha de notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Internación: SI  NO  Fecha ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ int.: \_\_\_\_\_

**Datos del caso**

CI: \_\_\_\_\_ Nombres y apellidos (en imprenta): \_\_\_\_\_

Sexo biológico: F  M  Género: F  M  Trans  Fecha nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ años

Dirección: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tel./Cel.: \_\_\_\_\_

**Datos del notificador**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Notifica como: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

**Nivel de educación:**

Analfabeto   
 Primaria: completa  incompleta  Secundaria: completa  incompleta   
 Estudios terciarios: completos  incompletos

**Motivo del examen** (puede ser mas de uno)

Iniciativa propia  Sugerencia del médico  Sintomático  Control de embarazo  Edad gestacional \_\_\_ sem  
 Contacto con caso conocido  Otra ITS  Control de trabajo sexual  Accidente laboral  Abuso sexual   
 Donación de órganos/sangre/fluidos  Otro: \_\_\_\_\_

**Práctica sexual** (puede marcar mas de una opción)

Tiene relaciones sexuales con: Mujer  Hombre  Transgénero

**Vía probable de transmisión**

Sexual  Vertical  Sanguíneo  (Transfusión  UDI  Accidente  )

**Enfermedades oportunistas** (en el debut)

Tuberculosis pulmonar	Carcinoma cervical invasivo
Tuberculosis extrapulmonar	LMP
Tuberculosis recurrente	Herpes Simple diseminado
Pneumocystis Carinii	Citomegalovirus
Neumonía recurrente	Candidiasis esofágica
Criptococosis	Micobacteria atípica
Histoplasmosis	Diarrea por oportunistas
Toxoplasmosis	Encefalopatía por VIH
Linfoma primario del SNC	Bacteriemia recurrente por Salmonella
Linfoma No-Hodgkin	Síndrome de desgaste
Sarcoma de Kaposi	Otra

**Valores de laboratorio**

**Tratamiento antirretroviral**

Primer Valor CD4:	Tratamiento inicial:	/ /
Fecha de primer CD4:	Fecha de inicio del TARV:	
Fecha de primera carga viral:	Tratamiento actual:	/ /
Fecha de carga viral indetectable:	Información adicional:	

Muestra de sangre enviada al Departamento de Laboratorios de Salud Pública

Fecha de extracción de la muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_