

# *Ministerio de Salud Pública*

Montevideo, 15 JUN 2021.

**VISTO:** el planteamiento efectuado por el Área Programática de ITS VIH/SIDA;

**RESULTANDO:** I) que propone modificar el formulario de notificación de caso de VIH confirmado, en el contexto de actualizar la información epidemiológica, para medir la cascada de atención de la población VIH en Uruguay, con la finalidad de obtener más exactitud en los datos a recabar por parte del Área Programática y así facilitar el procesamiento de la información;

II) que se incorporan las variables de tratamiento y de control de laboratorio, específicamente (CD4 y carga viral), entre otros datos necesarios, con el fin de poder monitorear de manera más exacta la cascada mencionada;

**CONSIDERANDO:** I) que la División Programación Estratégica en Salud informa favorablemente al respecto, ya que permitirá contar con información adicional necesaria;

II) que la Dirección General de la Salud no formula objeciones, por lo que se estima pertinente proceder en consecuencia;

**ATENTO:** a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por la Ley 9.202 de 12 de enero de 1934;

## **EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**

### **RESUELVE:**

I°) Apruébase el formulario de notificación de caso de VIH (en mayores de 18 meses), que figura en anexo adjunto y forma parte de esta Ordenanza.

2º) Comuníquese. Pase al Departamento de Comunicaciones para su publicación en la página web Institucional. Tomen nota Dirección General de la Salud, la División de Programación Estratégica en Salud y el Área Programática de ITS VIH/SIDA. Cumplido, archívese

Ord. N° 815

Ref. N° 001-3-3597/2021

MO



**Dr. DAMEL SALINAS**  
MINISTRO DE SALUD PUBLICA

**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 \_\_\_ semContacto 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  Sangüneo  (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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_