



FORMULARIO AUDITORIA DE MUJERES EMBARAZADAS o PUERPERAS CON INFECCION VIH	
FECHA : / /	
Institución responsable de la auditoria (donde se asistió parto/cesárea/aborto):	
Teléfono de la Institución: _____	
Departamento:	
Responsable de la auditoria:	
Teléfono: _____ mail: _____	
DATOS de la USUARIA	
Iniciales: _____	Edad: _____ años
CI: _____ / _____	N° historia clínica: _____
Teléfono de contacto: _____	
DATOS DEL EMBARAZO	
Código SIP de la/s institución donde efectuó el control: _____	
Teléfono de contacto de la institución donde se efectuó el control: _____	
Responsable/s del control N° CJP: _____	
N° de gestas previas: () Hijos previos VIH+: si () no ()	
N° de Controles: 0 () 1 a 4 () 5 o + () Edad gestacional (EG) en 1er control: _____ sem	
Tolerancia: Amenaza de Aborto: si () no ()	
otras ITS: no () si () cual: _____	
Intolerancia digestiva: si () no ()	
Amenaza de parto prematuro: si () no ()	
Uso de preservativos: si () no () se desconoce ()	
VIH de la pareja: positivo () negativo () se desconoce ()	



DIAGNOSTICO DE VIH	
Momento de diagnóstico de VIH	
1- VIH conocida previo al embarazo? No: () si () fecha de diagnóstico: / /	
Bajo Tratamiento Antirretroviral al diagnóstico de embarazo: SI () NO ()	
2- En los casos que se realizó el diagnóstico en el embarazo:	
Pruebas de VIH realizadas en el embarazo ELISA ó prueba rápida:	
Primer prueba EGsem resultado: reactivo/repetir () negativo ()	
se uso prueba rápida si () no ()	
Segunda prueba EGsem resultado: reactivo/repetir () negativo ()	
se uso prueba rápida si () no ()	
Tercer prueba EGsem resultado: reactivo/repetir () negativo ()	
se uso prueba rápida si () no ()	
Fecha del resultado de confirmación de VIH+: EG sem.	
3- Diagnóstico en el trabajo de parto o parto: SI () NO ()	
4- Diagnóstico en puerperio: Si () no ()	
Fecha de notificación a la usuaria del resultado de VIH+: / /	

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN EL EMBARAZO (TARV)	
Recibió TARV en el embarazo: si () no ()	
Momento inicio del TARV:	
Previo al embarazo: ()	
En el embarazo: EG en que inicio el TARV: semanas	
TARV recibido (especifique el plan):	
Adherencia: optima: () buena () mala () se desconoce ()	
Se realizó test de resistencia: no () si ()	
Valor de CD4 (población linfocitaria) al inicio del TARV: _____ cel/ml se desconoce: ()	
Ultima carga viral previo al nacimiento: valor: _____ copias/ml A que EG:.....sem.	
Se desconoce valor de carga viral: ()	
Continuó con TARV en el post parto: si () no ()	

