

## 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

<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>	<b>B. Tipo de ID*</b>	<b>C. Número de identificación</b>
*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

<b>5.1 Mecanismo probable de transmisión</b>			
<b>Sexual</b>	<input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 2. Homosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual	<input type="radio"/> 4. Materno infantil	<b>Parenteral</b> <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
<b>5.2 Ante todo caso de transmisión materno infantil diligenciar</b>			<b>5.3 Identidad de género</b>
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
<b>5.4 ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación?</b>	<b>5.4.1 Fecha de la donación (dd/mm/aaaa)</b>	<b>5.4.2 Nombre de la institución donde realizó la donación:</b>	
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

### 6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

<b>6.1 ¿Recibió asesoría Pre prueba?</b>	<b>6.2 ¿Recibió asesoría post prueba?</b>	<b>6.3 Tipo de prueba</b>	<b>6.3.1 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)</b>
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Western Blot <input type="radio"/> 2. Carga viral <input type="radio"/> 3. Prueba rápida <input type="radio"/> 4. Elisa	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>6.3.2 Valor de la carga viral (N° de copias)</b>	<input type="text"/>		

### 7. OTROS ANTECEDENTES DEL PACIENTE

<b>7.1 Estado clínico del paciente al momento de la notificación</b>	<input type="radio"/> 1. VIH <input type="radio"/> 2. SIDA <input type="radio"/> 3. Muerto
<b>7.2 Número de hijos menores de 5 años</b>	Indique el número de hijos del paciente menores de 5 años, niños y niñas, según corresponda en los espacios señalados
	Niños <input type="text"/> Niñas <input type="text"/>
<b>7.3 ¿Embarazo?</b>	<b>7.3.1 Indique el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico</b>
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="text"/> <input type="text"/>

### 8. INFORMACIÓN CLÍNICA

<b>8.1 Enfermedades asociadas</b>	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"/> 2. Candidiasis de las vías areas <input type="checkbox"/> 3. Tuberculosis pulmonar <input type="checkbox"/> 4. Cáncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> 5. Tuberculosis extrapulmonar* <input type="checkbox"/> 6. Coccidiodomicosis <input type="checkbox"/> 7. Citomegalovirus <input type="checkbox"/> 8. Retinitis por citomegalovirus <input type="checkbox"/> 9. Encefalopatía por VIH <input type="checkbox"/> 10. Otras micobacterias	<input type="checkbox"/> 11. Histoplasmosis extrapulmonar <input type="checkbox"/> 12. Isosporidiasis crónica <input type="checkbox"/> 13. Herpes zoster en múltiples dermatomas <input type="checkbox"/> 14. Histoplasmosis diseminada <input type="checkbox"/> 15. Linfoma de Burkitt <input type="checkbox"/> 16. Neumonía por pneumocystis <input type="checkbox"/> 17. Neumonía recurrente (más de 2 episodios en un año) <input type="checkbox"/> 18. Linfoma inmunoblástico <input type="checkbox"/> 19. Criptosporidiasis crónica <input type="checkbox"/> 20. Criptococosis 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"/> 25. Toxoplasmosis cerebral <input type="checkbox"/> 26. Hepatitis B* <input type="checkbox"/> 27. Hepatitis C <input type="checkbox"/> 28. Meningitis <input type="checkbox"/> 29. Recuento CD4 menor de 200	

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

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b> <b>B. Tipo de ID</b> <b>C. Número de identificación</b>	* Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. 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.	<b>SI</b>
<b>5. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>			
<b>5.1 Mecanismo probable de transmisión</b>	Marque con una X la opción según corresponda. Sexual: 1 = Heterosexual 2 = Homosexual 3 = Bisexual	Diligencie la variable indicando la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	<b>SI</b>
	4 Materno infantil: gestación, parto, lactancia		<b>SI</b>
	Parenteral: 5 = Transfusión sanguínea 6 = Usuarios drogas IV 7 = Accidente de trabajo 9 = Transplante de órganos		<b>SI</b>
<b>5.2 Ante todo caso de transmisión materno-infantil diligenciar el nombre de la madre junto con el número de documento de identificación</b>	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"	<b>SI</b>
<b>5.3 Identidad de género</b>	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.	<b>SI</b>
<b>5.4 ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación?</b>	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.	<b>SI</b>
<b>5.4.1 Fecha de donación</b>	Formato día-mes-año	Depende de la respuesta en variable 5.4, opción 1 = Si.	<b>NO</b>
<b>5.4.2 Nombre de la institución donde realizó la donación</b>	Ingrese la información solicitada.	Depende de la respuesta en variable 5.4, opción 1 = Si.	<b>NO</b>
<b>6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO</b>			
<b>6.1 ¿Recibió asesoría pre prueba?</b>	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.	<b>SI</b>
<b>6.2 ¿Recibió asesoría post prueba?</b>	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.	<b>SI</b>

<b>6.3 Tipo de prueba</b>	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. 3 = Prueba Rápida 4 = Prueba de Elisa	El sistema habilitará la opción 1, 2, 3 y 4 = Western Blot, Carga Viral, Prueba Rápida y Elisa a partir de los 18 meses de edad y se diligenciará únicamente la prueba que confirmó el diagnóstico.  El sistema habilitará la opción 2 = Carga viral para la población menor de 18 meses de edad.	<b>SI</b>
<b>6.3.1 Fecha de resultado</b>	Formato día-mes-año	Fecha en la que se tomó la prueba.	<b>SI</b>
<b>6.3.2 Valor de la carga viral</b>	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.	<b>SI</b>
<b>7. OTROS ANTECEDENTES DEL PACIENTE</b>			
<b>A. Estadío clínico del paciente al momento de la notificación</b>	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que el paciente puede cambiar el estadío es decir estar con VIH y pasar a SIDA, y posteriormente fallecer. Cada vez que cambie el paciente cambie de condición se debe notificar este cambio, no ajustar. 1 = VIH 2 = SIDA 3 = Muerto	Diligencie la variable indicando la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	<b>SI</b>
<b>B. Indique el número de hijos del paciente menores de 5 años, niños y niñas, según corresponda en los espacios señalados.</b>	Ingrese la información solicitada. Es decir hijos menores de 5 años		
<b>7.1 ¿Embarazo?</b>	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Aplica solo para mujeres embarazadas.	<b>SI</b>
<b>7.2 Indique el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico</b>	Anote el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico de VIH.	Depende de la opción señalada en la variable 7.1 Embarazo, opción 1 = Si	<b>SI</b>
<b>8. INFORMACIÓN CLÍNICA</b>			
<b>B. Enfermedades asociadas</b>	Marque con una X las enfermedades oportunistas que presente el paciente en fase SIDA.	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	<b>SI</b>