

FICHA DE NOTIFICACION DE PARTO DE MUJER VIH POSITIVA

DATOS DE LA MUJER EMBARAZADA

CÓDIGO

a	b	c	d	e					

a: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines MA)
b: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)
Ejemplo: MAGO 03 06 1978

c: Día de nacimiento (DD)
d: Mes de nacimiento (MM)
e: Año de nacimiento (AAAA)

TIPO DE DOCUMENTO*

--	--	--	--

 * Indicar:
CI, DE, DNI, LC o LE

Nº DE DOCUMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Información socio-demográfica al momento del embarazo

1.a Lugar de residencia

- Argentina
- Provincia _____
- Localidad _____
- Barrio _____
- Otro país, ¿cuál? _____
- Desconocido

1.b País de nacimiento

1.c Cobertura de salud

- Sin cobertura
- Obra Social / Seguridad Social
- Medicina Prepaga
- Desconocido

1.d Máximo nivel de instrucción alcanzado al momento del parto

- Sin estudios
- Primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario incompleto
- Terciario completo
- Universitario incompleto
- Universitario completo
- Desconocido

2. Diagnóstico de infección por VIH de la mujer

2.a Fecha: ___/___/___ (dd/mm/aaaa)

Fecha del primer test positivo confirmado por técnica específica documentada o referida por la paciente.

2.b Momento del diagnóstico

- Embarazo anterior
- Fuera de un embarazo
- Embarazo actual
- Desconocido
- Durante el embarazo
- Trabajo de parto
- Puerperio

2.c Estadío clínico de la infección durante este embarazo

- Síndrome retroviral agudo
- Infección asintomática
- Infección sintomática sin criterio de sida
- Sida
- Desconocido

2.d Vía de transmisión más probable

- Transmisión vertical
- Vía sexual
- Uso compartido de equipo de inyección
- Transfusión sanguínea o derivados
- ¿Dónde? (Ciudad/Institución) _____
- ¿Cuándo? (mm/aaaa) ___/___
- Accidente laboral
- Otra
- Desconocida

2.e Diagnóstico de VIH de la pareja actual

¿Se solicitó serología durante el embarazo?

- Sí. ¿Cuál fue el resultado?
- Positivo
- Negativo
- Desconocido

- No
- No, porque ya tiene un diagnóstico negativo reciente
- No, porque ya tiene un diagnóstico positivo
- Desconocido

3. Última carga viral durante el embarazo

Semana de realización _____

Valor _____

- No se realizó carga viral
- Desconocido

4. Producto de la concepción

- Nacido vivo
- Aborto
- Mortinato

5. Tipo de nacimiento

- Parto vaginal
- Cesárea programada
- Cesárea de emergencia
- Desconocido

FICHA DE NOTIFICACION DE PARTO DE MUJER VIH POSITIVA

6. Datos del parto

Fecha de parto: ___ / ___ / ___ (dd/mm/aaaa)

Hospital donde se realizó: _____

Ciudad: _____

7. La mujer embarazada ¿recibió tratamiento antirretroviral?

7.a ¿Antes del embarazo?

- Sí
 No
 Desconocido

7.c ¿Durante el parto?

- Sí
Drogas Sólo AZT
 Otras especificar

7.b ¿Durante el embarazo?

- Sí: Semana de inicio
Drogas _____

 No
 Desconocido

- No
 Desconocido

8. El niño recién nacido ¿recibió profilaxis neonatal?

- Sí No
Drogas Sólo AZT Desconocido
 Otras especificar

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

* **VARÓN**
MUJER

CÓDIGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a	b	c	d	e			

a: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)
b: 1ra. y 2da. letra del primer apellido materno (ej: Gomez Fuentes = GO)
Ejemplo MAGO 03 06 1978

Nº DE DOCUMENTO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

c: Día de nacimiento (DD)
d: Mes de nacimiento (MM)
e: Año de nacimiento (AAAA)

* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Institución: _____ Tel.: _____

Dirección Institución: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Firma y sello del notificante: _____

FECHA DE LLENADO DE ESTA FICHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DD	MM	AAAA			