

FICHA DE NOTIFICACION DE PARTO DE MUJER VIH POSITIVA

DATOS DE LA MADRE

CÓDIGO

F								
a	b	c	d	e	f			

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

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

FECHA DE NOTIFICACIÓN

Fecha de llenado de esta ficha

dd	mm	aaaa						

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.

- Analfabeta
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria incompleta
- Terciaria completa
- Universitaria incompleta
- Universitaria completa
- Desconocido

2. Diagnóstico de infección por vih de la madre

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

Fecha del primer test positivo confirmado por Western Blot. 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 Vía de transmisión más probable

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

2.d Diagnóstico de VIH de la pareja actual

- Positivo
- Negativo
- Desconocido

Se hizo el test para VIH?

- Sí No Desconocido

2.e Estadío clínico de la infección durante este embarazo

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

3. Última carga viral durante el embarazo

Semana de realización _____

Valor _____

- No se realizó carga viral
- Desconocido

4. Tipo de nacimiento

- Parto vaginal
- Cesárea programada
- Cesárea de emergencia

5. Datos del parto

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

Hospital donde se realizó: _____

Ciudad: _____

FICHA DE NOTIFICACION DE PARTO DE MUJER VIH POSITIVA

6. ¿Recibió tratamiento antiretroviral la madre?

6.a ¿Antes del embarazo?

- Sí
 No
 Desconocido

6.c ¿Durante el parto?

- Sí
Drogas Sólo AZT
 Otras especificar

6.b ¿Durante el embarazo?

Sí: Semana de inicio _____
Drogas _____

- No
 Desconocido

- No
 Desconocido

DATOS DEL NIÑO/A

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

a: Sexo (M = masculino, F = femenino)

b: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)

c: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)

Ejemplo: F MAGO 03 06 1978

d: Día de nacimiento (DD)

e: Mes de nacimiento (MM)

f: Año de nacimiento (AAAA)

7. ¿Recién nacido recibió profilaxis neonatal?

- Sí No
Drogas Sólo AZT Desconocido
 Otras especificar

8. Técnicas diagnósticas utilizadas

	Fecha (mm/aaaa)	Resultado
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> CV	___ / ___ / ____	_____
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> CV	___ / ___ / ____	_____
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> CV	___ / ___ / ____	_____

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Institución: _____ Tel.: _____

Dirección Institución: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Firma y sello del notificante: _____