

Diagnóstico referido/constatado → Fecha de diagnóstico → Conocida ___/___/___ Desconocida

Recuento T-CD4 al diagnóstico valor: _____ CD4% al diagnóstico: _____

¿Diagnóstico durante embarazo/parto/puerperio?: NO SI

→ Embarazo anterior Embarazo actual Embarazo Parto Puerperio

Comorbilidades: Hepatitis B Fecha de diagnóstico: ___/___/___ Fecha desconocida

Hepatitis C Fecha de diagnóstico: ___/___/___ Fecha desconocida

Estadio clínico al momento del diagnóstico constatado → Asintomático Síndrome retroviral agudo Sintomático sin criterio de Sida

Enfermedad marcadora de Sida Desconocido

Internación → SI NO Establecimiento:

Profesional:

Condición de alta/egreso → Fallecido fecha: ___/___/___ Causa de fallecimiento vinculado al evento SI NO ¿Cuál?

EPIDEMIOLOGÍA

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión: (puede marcar más de una)

Prácticas sexuales sin protección con Varón cis Mujer cis Varón trans Mujer trans

Transmisión vertical Embarazo/parto Lactancia Momento desconocido

Uso compartido de equipo de inyección en los últimos 10 años **Accidente laboral** **Desconocido**

Transfusión sanguínea o derivados*

*Lugar y fecha (para transfusión sanguínea o derivados):

LABORATORIO

Esta sección deberá ser completada exclusivamente por personal de laboratorio

Establecimiento toma de muestra:

Establecimiento diagnóstico:

MUESTRA	FECHA TOMA DE MUESTRA	DETERMINACIÓN	TÉCNICA	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO

DATOS DEL NOTIFICANTE

Institución:

Dirección: Ciudad/Provincia:

Nombre y Apellido del notificante:

Teléfono: Correo electrónico:

Firma y sello: Matrícula: