


**FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE LA GESTANTE CON VIH Y EL NIÑO NACIDO EXPUESTO AL VIH**
**SECCIÓN I: GESTANTE CON VIH**

<b>1. Datos del EESS:</b>				<b>2. Fecha de notificación:</b>			
DISA/DIRESA:		Nombre del EESS:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día Mes Año
Tipo de EESS:	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Puesto de Salud <input type="checkbox"/> Otro			<b>3. Fecha de reporte de ficha de investigación epidemiológica:</b>			
Institución:	<input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día Mes Año
<b>4. Datos de la gestante:</b>							
Código:		DNI:		Etnia:	<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro Descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro		
Apellidos y nombres:							
Fecha de nacimiento:	__/__/____ (dd/mm/aaaa)						
Residencia habitual:	Departamento:		Provincia:		Localidad:		
Momento de diagnóstico de infección por VIH	<input type="checkbox"/> Previo a la gestación actual Año de diagnóstico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Atención prenatal (APN) <input type="checkbox"/> Trabajo de parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Posterior al puerperio <input type="checkbox"/> Por aborto		Prueba de tamizaje N° 1: __/__/____ Prueba de tamizaje N° 2: __/__/____ Prueba confirmatoria: __/__/____ (dd/mm/aaaa)		
	<input type="checkbox"/> Durante la actual gestación. (Indicar momento y fechas de pruebas reactivas/positivas):						
<b>5. Datos de la gestación</b>							
FUR:	__/__/____	Recibió APN:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Embarazo múltiple:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Recibió ARV:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio ARV:	__/__/____		Abandonó terapia ARV:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Recibe terapia triple/TARGA:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Culminación del embarazo:	<input type="checkbox"/> N° de nacidos vivos: ____ <input type="checkbox"/> N° de óbitos fetales: ____ <input type="checkbox"/> Aborto		Parto por cesárea:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EESS del parto:	DIRESA: Institución: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro		Nombre del EESS:		Fecha del parto:		__/__/____ (dd/mm/aaaa)
Carga viral indetectable:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Abandona seguimiento:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Gestante fallece:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**SECCIÓN II: NIÑO NACIDO EXPUESTO AL VIH**

<b>6. Datos del EESS:</b>				<b>7. Fecha de notificación:</b>			
DISA/DIRESA:		Nombre del EESS:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día Mes Año
Tipo de EESS:	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Puesto de Salud <input type="checkbox"/> Otro			<b>8. Fecha de reporte de ficha de investigación epidemiológica:</b>			
Institución:	<input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Día Mes Año
<b>9. Datos del niño</b>							
Código:		DNI:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Apellidos y nombres:				Fecha de nacimiento:	__/__/____		
Código de la madre:		DNI de la madre:					
<b>10. Datos de la exposición al VIH</b>							
Recibió ARV:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio ARV:	__/__/____		Abandonó terapia ARV:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ARV recibido:	<input type="checkbox"/> AZT <input type="checkbox"/> AZT + NVP <input type="checkbox"/> Otro	N° de días que tomó ARV:	_____ días		Profilaxis ARV de acuerdo a NT vigente:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sucedáneos de leche materna:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N° de meses que recibió sucedáneos de LM:	_____ meses		Tomó leche materna:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>11. Determinación del estado serológico del niño nacido expuesto</b>							
Estado Serológico final:	<input type="checkbox"/> Infectado por VIH <input type="checkbox"/> No infectado por VIH <input type="checkbox"/> Estado indeterminado		Motivo de estado indeterminado:	<input type="checkbox"/> Continúa en seguimiento <input type="checkbox"/> Fallecido antes de poder determinar su estado serológico <input type="checkbox"/> Abandonó el seguimiento / seguimiento irregular <input type="checkbox"/> Referido: _____			
Pruebas diagnósticas	Prueba	Fecha de toma de muestra:		Resultado			
	1er PCR:	__/__/____		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo			
	2do PCR:	__/__/____		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo			
	Prueba de ELISA:	__/__/____		<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo			
	Prueba confirmatoria:	__/__/____		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo			
Observaciones:							