



# PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE VIH/SIDA



N° de Ficha Epidemiológica:

SEDES: ..... Red de Salud: ..... Municipio: .....

Estab. de Salud: ..... Fecha de Notificación: .....  
dd mm aaaa

Nombres:  Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Fecha Nacimiento: .....  
dd mm aaaa

N° Historia Clínica:  Cod. Identificación:  C.I.:   
1° .n ap am Día Mes Año

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Edad:

Lugar de Nacimiento: Bolivia ☐ Departamento: ..... Municipio: ..... Localidad: .....  
Exterior ☐ País: .....

Embarazada <input type="checkbox"/> Semanas <input type="text"/> Puerpera <input type="checkbox"/> Dias <input type="text"/>	Situación Conyugal: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Nivel de Instrucción: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otros Cursos <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Ocupación: Desocupado <input type="checkbox"/> Trab. Sexual <input type="checkbox"/> Magisterio <input type="checkbox"/> Policia/Militar <input type="checkbox"/> Trab. Salud <input type="checkbox"/> Transportista <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Lab. de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>
Autoidentificación Pueblo Originario (ver códigos al reverso de la ficha) Código pueblo Indígena <input type="text"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/> Lengua Materna <input type="text"/>			

Lugar de Residencia actual: Bolivia ☐ Departamento: ..... Municipio: ..... Localidad: .....  
Exterior ☐ País: ..... Dirección: .....  
Tiempo de permanencia en el lugar de residencia actual:  Años  Meses

Lugar Probable de transmisión: Bolivia <input type="checkbox"/> Exterior <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/> Si es hombre de 12 años o más: En los últimos 12 meses tuvo relaciones sexuales con otro hombre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/> Alguna vez en su vida tuvo relaciones sexuales con otro hombre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Vía de Transmisión: Sexual <input type="checkbox"/> Sanguínea <input type="checkbox"/> Perinatal <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/>	Situación Actual: Caso VIH <input type="checkbox"/> * Caso SIDA <input type="checkbox"/> **Fallecido por SIDA <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/>	Coinfección: TB <input type="checkbox"/> HVB <input type="checkbox"/> HVC <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/>	Orientación o identidad de género: Heterosexual <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>No aplica en menores de 12 años</i>
---	---	--	--	--

Diagnóstico: ..... 1. Algoritmo WB ☐ Laboratorio: INLASA ☐ CENETROP ☐ LABIMED ☐ CDVIR ☐  
Fecha de Dx: ..... 2. Algoritmo PR ☐ Estab. de Salud: .....  
dd mm aaaa 3. Carga Viral ☐ Otro: .....

Observaciones: .....

\* Verificar criterios de caso Sida al reverso

\*\* En Caso de fallecido adjuntar a la ficha de notificación el Certificado Único de Defunción

**AUTOIDENTIFICACION/LENGUA MATERNA**

0	1	Afroboliviano
0	2	Araona
0	3	Aymara
0	4	Ayoreo
0	5	Baure
0	6	Canichina
0	7	Cavineño
0	8	Cayubaba
0	9	Chacobo
1	0	Chimán
1	1	Chiquitano
1	2	Ese Eija
1	3	Guaraní
1	4	Guarasugwe
1	5	Guarayo
1	6	Itonama
1	7	Joaquiniano
1	8	Leco
1	9	Machineri
2	0	Moré
2	1	Mosetén
2	2	Movina
2	3	Mojeño
2	4	Nahua
2	5	Pacahuara
2	6	Quechua
2	7	Reyesano (Marope)
2	8	Sirionó
2	9	Tacana
3	0	Tapiete
3	1	Toromona
3	2	Uru
3	3	Weenhayek
3	4	Yaminahua
3	5	Yuki
3	6	Yuracare
3	7	Otro
*8	0	Castellano
*8	1	Extranjero

\* Solo para Lengua Materna

**CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE CASO SIDA:**

SE DEFINE COMO CASO SIDA CUANDO EL PACIENTE CON VIH CUMPLE CON 1 DE LOS 3 SIGUIENTES CRITERIOS:

**1. PERSONA CON DX DE VIH CON UNA DE LAS ENFERMEDADES DE LA SIGUIENTE LISTA:**

PATOLOGÍA	Si	PATOLOGÍA	Si
Candidiasis bronquial, traqueal o esofágica		Tuberculosis pulmonar	
Tuberculosis Diseminada o extrapulmonar		Neumonía por P. jirovecii	
Microbacteriosis atípica		Toxoplasmosis Cerebral	
Retinitis por Citomegalovirus		Enfermedad por Citomegalovirus	
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar		Criptosporidiasis con diarrea persistente	
Criptococosis extrapulmonar		Isosporidiasis crónica intestinal	
Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes		Septicemia recurrente por Salmonella	
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar		Chagas con manifestaciones neurológicas	
Neumonía bacteriana a repetición (<1 año)		Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva	
Linfoma de alta malignidad		Linfoma Primario en Cerebro	
Cáncer Cervico Uterino Invasor		Sarcoma de Kaposi	
Síndrome de Desgaste por VIH		Encefalopatía por VIH	
Neumonía Intersticial Linfoidea (pediatría)		Retardo de Maduración Pondo Estatural (pediatría)	

**2. PERSONA CON DX DE VIH CON CRITERIOS DE RIO CARACAS: UN PUNTAJE MAYOR O IGUAL A 10 SIGNIFICA CASO SIDA**

GRUPO	CONDICION	PUNTAJE
A. (10 puntos cada uno)	Sarcoma de Kaposi	
	TB diseminada extra pulmonar o pulmonar no cavitaria diagnosticada dentro del último año	
B. (5 Puntos cada uno)	Tuberculosis pulmonar diseminada	
	Herpes zoster en un paciente menor de 60 años	
	Disfunciones del Sistema Nervioso Central	
	Candidiasis oral o leucoplaquia vellosa	
C. (2 Puntos cada uno)	Diarrea constante o intermitente por un mes o más	
	Temperatura de más de 38°C constante o intermitente por más de un mes	
	Caquexia o pérdida de peso de 10% ó más	
	Astenia por un mes o más	
	Tos persistente	
	Dermatitis persistente	
	Infiltrado intersticial difuso y/o bilateral en Radiografía Pulmonar	
	Anemia, Linfopenia absoluta y/o Trombocitopenia	
PUNTAJE TOTAL		

**3. PERSONA CON DX DE VIH CON RECuento DE CD4 MENOR A 200 cel/mm<sup>3</sup>**

SI EL PACIENTE CUMPLE CON UNO DE LOS TRES CRITERIOS, REGISTRELO COMO CASO SIDA