**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:vigilancia.sanitaria@asturias.org

 Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO II: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA**

**INFECCIÓN POR VIH / SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha encuesta** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Encuestador** |  |
| **Lugar de trabajo** |  |
| **Fecha primera notificación** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Médico que notifica** |  |
| **Tipo de servicio clínico inicial** |  |
|  [ ]  Centro de atención primaria [ ]  Centro de ITS/VIH extrahospitalario [ ]  Consulta de atención al embarazo [ ]  Centro de atención a drogodependientes |  [ ]  Consulta de planificación familiar [ ]  Centro de ITS/ VIH hospitalario [ ]  Centro penitenciario [ ]  Otro: |

**DATOS DEL PACIENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** |  |
| **CIPA** |  | **NIF** |  | **NHC** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Género** | Varón [ ]  | Mujer[ ]  | Otro [ ]  |
| **Domicilio** |  |  **Localidad** |  |
| **Concejo** |  |  **Teléfono** |  |  **Área Sanitaria** |  |
| **País de nacimiento** |  | **Año llegada a España** |  |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha del caso (VIH)** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | *= fecha de diagnóstico de laboratorio* |
| **Estadio clínico de la infección al diagnóstico de VIH** (marcar una opción)  |
|  [ ]  Asintomático [ ]  Sintomático no SIDA ☐ SIDA |  |
| **Hospitalizado** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha ingresoHaga clic aquí para escribir una fecha. | Hospital:  |  |
| **Defunción** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha defunción  | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Lugar del caso** |
| País |  |  Comunidad autónoma |  |
| Provincia |  |  Municipio |  |
| Importado | [ ] Sí [ ]  No |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio de VIH** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Prueba** |  [ ]  ELISA [ ]  W-B, IFI, etc.  [ ]  ELISA |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia [ ]  No | [ ]  Sí | Nº Referencia: |  |
| **Agente causal** |  [ ] VIH |  Otro detalle | [ ]  VIH-1[ ]  VIH-2[ ]  VIH-1 y VIH-2  |
| Pruebas VIH previas |  | [ ] Sí [ ]  No | Fecha última prueba negativa | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Primera determinación CD4 tras diagnóstico (cel/µL) |  | Fecha primeros CD4 | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

**DATOS DEL RIESGO**

**Conducta sexual** (marcar una de las siguientes)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Heterosexual | [ ]  Homo/bisexual |

**Exposición** (marcar una de las siguientes)

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  Persona a persona: heterosexual [ ]  Persona a persona: homo/bisexual [ ]  Uso de drogas vía parenteral [ ]  Ha recibido hemoderivados |  [ ]  Ha recibido transfusiones [ ]  Ha recibido trasplantes [ ]  Persona a persona: madre-hijo [ ]  Otra exposición especificada: |
| **En caso de transmisión heterosexual** (marcar uno de los siguientes)

|  |
| --- |
|  [ ]  Con infectado por transfusión o hemoderivados [ ]  Con infectado sin riesgo conocido [ ]  Con usuarios de drogas inyectadas  [ ]  Con varones bisexuales  [ ]  Con trabajador/a de prostitución [ ]  Con persona de país de alta prevalencia |

**En caso de transmisión madre- hijo** (marcar una de las siguientes):

|  |
| --- |
|  [ ]  Persona a persona: heterosexual [ ]  Persona de país de alta prevalencia [ ]  Uso de drogas vía parenteral [ ]  Ha recibido transfusiones o hemoderivados [ ]  Ha recibido trasplantes [ ]  Otra exposición especificada: |

 |
| **Exposición – Número de parejas sexuales** (últimos 12 meses) |  |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD FINAL: SIDA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Caso SIDA** | [ ] Sí [ ]  No |
| **Fecha diagnóstico clínico de SIDA** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

|  |
| --- |
| **Manifestación clínica: enfermedad indicativa de SIDA** (hasta 3 de las siguientes) |
|  | **Mes** | **Año** |  | **Mes** | **Año** |
| 1. Candidiasis esofágica |[ ]   |  | 16. Tuberculosis diseminada o extrapulmonar |[ ]   |  |
| 2. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar |[ ]   |  | 17. Mycobacterium otras especies, extrapulmonar |[ ]   |  |
| 3. Coccidioidomicosis diseminada |[ ]   |  | 18. Sepsis recurrente por Salmonella (no typhi) |[ ]   |  |
| 4. Criptococosis extrapulmonar |[ ]   |  | 19. Neumonitis intersticial linfoide |[ ]   |  |
| 5. Herpes simple, úlcera crónica |[ ]   |  | 20. Múltiples infecciones bacterianas recurrentes |[ ]   |  |
| 6. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico  |[ ]   |  | 21. Sarcoma de Kaposi |[ ]   |  |
| 7. Criptosporidiasis con diarrea |[ ]   |  | 22. Linfoma primario de cerebro |[ ]   |  |
| 8. Histoplasmosis diseminada |[ ]   |  | 23. Linfoma de Burkitt o equivalente |[ ]   |  |
| 9. Isosporidiasis con diarrea |[ ]   |  | 24. Encefalopatía por VIH |[ ]   |  |
| 10. Enfermedad por CMV  |[ ]   |  | 25. Síndrome caquéctico por VIH |[ ]   |  |
| 11. Retinitis por CMV |[ ]   |  | 26. Tuberculosis pulmonar |[ ]   |  |
| 12. Neumonía por *P. jirovecii* |[ ]   |  | 27. Neumonía bacteriana recurrente  |[ ]   |  |
| 13. Toxoplasmosis cerebral |[ ]   |  | 28. Carcinoma de cérvix invasivo |[ ]   |  |
| 14. Leucoencefalopatía multifocal progresiva |[ ]   |  | 29. Linfoma inmunoblástico |[ ]   |  |
| 15. Complejo *M. avium* o *M. kansasii* |[ ]   |  |  |  |  |  |

**DATOS DE LA DEFUNCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Defunción** | [ ] Sí [ ]  No |
| **Fecha defunción** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Causa de la defunción** |  |
| [ ]  Relacionada SIDA (marcar la causa principal en la página siguiente) |
| [ ]  Hepatopatía |
| [ ]  Otra causa no relacionada SIDA |
| [ ]  Enfermedad cardiovascular |
| [ ]  Tumor no diagnóstico de SIDA |

|  |
| --- |
| **Causa de la defunción relacionada con SIDA** (marcar la principal) |
| 1. Candidiasis esofágica |[ ]  16. Tuberculosis diseminada o extrapulmonar |[ ]
| 2. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar |[ ]  17. Mycobacterium otras especies, extrapulmonar |[ ]
| 3. Coccidioidomicosis diseminada |[ ]  18. Sepsis recurrente por Salmonella (no typhi) |[ ]
| 4. Criptococosis extrapulmonar |[ ]  19. Neumonitis intersticial linfoide |[ ]
| 5. Herpes simple, úlcera crónica |[ ]  20. Infecciones bacterianas múltiples recurrentes |[ ]
| 6. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico  |[ ]  21. Sarcoma de Kaposi |[ ]
| 7. Criptosporidiasis con diarrea |[ ]  22. Linfoma primario de cerebro |[ ]
| 8. Histoplasmosis diseminada |[ ]  23. Linfoma de Burkitt o equivalente |[ ]
| 9. Isosporidiasis con diarrea |[ ]  24. Encefalopatía por VIH |[ ]
| 10. Enfermedad por CMV  |[ ]  25. Síndrome caquéctico por VIH |[ ]
| 11. Retinitis por CMV |[ ]  26. Tuberculosis pulmonar |[ ]
| 12. Neumonía por *P. jirovecii* |[ ]  27. Neumonía bacteriana recurrente  |[ ]
| 13. Toxoplasmosis cerebral |[ ]  28. Carcinoma de cérvix invasivo |[ ]
| 14. Leucoencefalopatía multifocal progresiva |[ ]  29. Linfoma inmunoblástico |[ ]
| 15. Complejo *M. avium* o *M. kansasii* |[ ]   |  |

**Causa de la defunción**

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clasificación del caso** |  [ ]  Confirmado |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |
| --- | --- |
| Criterio clínico |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Criterio epidemiológico |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Criterio laboratorio |  [ ]  Sí [ ]  No |
| **Asociado a brote** |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Identificador del brote: |   | C. Autónoma de declaración del brote |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:vigilancia.sanitaria@asturias.org

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20