**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:[vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto: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 ingreso  Haga 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](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20