

A emplenar per la Conselleria de Salut  
NÚMERO DE CAS SIDA      NUMERO DE CAS VIH:

Protocol de notificació de sida i de nous diagnòstics de VIH

**TIPUS DE NOTIFICACIÓ** (marcar amb una creu)

DECLARACIÓ D'INFECCIÓ VIH

ACTUALITZACIÓ D'INFORMACIÓ ↓ (defunció, canvi d'estadi clínic,...)

DECLARACIÓ DE SIDA

Si ho sap, especifiqui: NUM. DE CAS VIH:

NÚM. DE CAS SIDA:

**I- DADES PERSONALS**

NUM. HISTÒRIA CLÍNICA:

SEXE: Masculí  Femení

NOM:

LLINATGE 1:

LLINATGE 2:

EDAT: ..... anys ..... mesos (si menys d'1 any) DATA DE NAIXEMENT: ...../...../.....

DEFUNCIÓ: Si  → Data: ...../...../..... No  Desconegut

RESIDÈNCIA HABITUAL AL **DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ VIH**

RESIDÈNCIA HABITUAL A **L'INICI DE SÍMPTOMES DE SIDA**

País (si no es Espanya):

País (si no es Espanya):

Província:

Municipi :

Província:

Municipi:

Adreça:

Adreça:

País d'origen:

País d'origen:

**II- DADES DE LABORATORI**

PRIMER TEST CONFIRMAT POSITIU A VIH → DATA: ..... / ..... / ..... Marcar si la data és aproximada

Marcar tipus viral positiu: VIH1  VIH2

TIPUS DE SERVEI QUE VA PRESCRIURE EL TEST:

Centre penitenciari  Centre d'atenció a drogo dependents  Centre d'Atenció Primària  Centre o Consulta de Planificació Familiar

Unitat NO hospitalària de malalties de transmissió sexual (MTS)-sida  Unitat hospitalària de MTS-sida

Centre o Consulta d'atenció a l'embaràs  Altres serveis hospitalaris  Altres tipus de servei  → especificar:

DATA DEL DARRER TEST NEGATIU A VIH: DATA NO CONEGUDA  DATA CONEGUDA  → ..... / ..... / ..... Marcar si la data és aproximada

DETERMINACIONS MÉS PRÒXIMES AL DIAGNÒSTIC:

CD4 → ...../microlitre CÀRREGA VIRAL → .....còpies/ml.

**III- INFORMACIÓ EPIDEMIOLÒGICA (EXCEPTE TRANSMISSIÓ MARE FILL)**

Està o ha estat reclòs a un centre penitenciari: SI  NO  Desconegut

1.- Conducta sexual: Homosexual  Bisexual  Heterosexual  Desconegut  Cap

SI NO DESCONEGUT

2.- Ha tingut relacions heterosexuales amb (marcar totes les necessàries):

Usuaris de drogues per via parenteral

Homes bisexuals

Persona infectada per recepció d'hemoderivats

Persona infectada per recepció de transfusió

Parelles sexuals múltiples

Persona que exerceix la prostitució

Persona originària de l'Àfrica sub-sahariana o del Carib

Persona amb sida o infecció VIH (risc no especificat)

Altres relacions heterosexuales de risc ↓

Especificar:

3.- Ha emprat agulles per a la injecció de drogues no prescrites.....

4.- Ha rebut hemoderivats per coagulopaties o altres trastorns, abans de 1986?.....

5.-Ha rebut transfusions o de components de la sang contaminada per VIH?

6.- Ha rebut trasplantaments?..... ↓

Especificar: Tipus:

Data:...../...../.....

7.-Altres tipus de probable exposició a VIH. .... ↓

Especificar:

**IV- INFORMACIÓ EPIDEMIOLÒGICA (TRANSMISSIÓ MARE-FILL)**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>DESCONEGUT</b>
Mare usuària de drogues per via parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mare amb antecedent de relacions heterosexuals dels tipus consignats a l'apartat III-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mare amb altres tipus d'exposició a VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar:			
Mare diagnosticada de VIH o sida i amb factors de risc desconeguts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V- ESTADI CLÍNIC AL MOMENT DE LA DECLARACIÓ** (classificació CDC, 1993)

Primoinfecció  (Passar a l'apartat VII)      Infecció asimptomàtica  (Passar a l'apartat VII)  
 Infecció simptomàtica sense criteris de sida  (Passar a l'apartat VII)      Sida  (Passar a l'apartat VI)

**VI- MALALTIES INDICATIVES DE SIDA (NOMÉS PER A DECLARACIONS DE SIDA)**

Vegeu al dors el resum de la definició actual de sida.

Marcar amb una creu: Diagnòstic definitiu (**D**)      Diagnòstic Presumtiu (**P**)

	Data diagnòstic					Data diagnòstic			
	<b>D</b>	<b>P</b>	Mes	Any		<b>D</b>	<b>P</b>	Mes	Any
1 Candidiasi esofàgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Complex <i>Mycobacterium avium</i> o <i>M. Kansasii</i> (≠ pulmó, pell, ganglis limfàtics cervicals o hiliars)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Cand.traqueal, bronquial o pulmonar	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Infecció per <i>Mycobacterium tuberculosis</i> disseminada o extrapulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Coccidiomicosis disseminada (≠ pulmó, ganglis limf. cervic. o hiliar)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Infecció per <i>Mycobacterium</i> d'espècies no identificades, disseminades o extrapulmonars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Criptococcosi extrapulmonar	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 Septicèmia recurrent per <i>Salmonella</i> (≠ <i>S. typhi</i> )	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Herpes simple mucocutani crònic persistent més d'1 mes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 Pneumonitis intersticial limfoide o hiperplàsia limfoide pulmonar (Edat < 13 a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Herpes simple, bronquial o pulmonar o esofàgic de qualsevol durada (edat >1mes)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 Infeccions bacterianes múltiples recurrents incloses salmonel·les (Edat < 13 a.)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Criptosporidiosi amb diarrea persistent durant més d'un mes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Histoplasmosi disseminada (≠ pulmó, ganglis limf. cervic. o hiliar)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 Limfoma primari de cervell	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Isosporiasi amb diarrea persistent durant més d'un mes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 Limfoma no hodgkinià de cèl·lules B o de fenotip immunològic desconegut, immuno blàstic o de cèl·lules petites sense fenedura (Burkitt o equivalent)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 CMV. (≠ fetge, melsa o ganglis limfàtics) Edat > 1 mes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 Encefalitis per VIH	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Retinitis per CMV (amb pèrdua de visió)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Síndrome caquètica per VIH	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Pneumònia per <i>Pneumocystis carinii</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 Tuberculosi pulmonar (edat >12 a.) (***)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Toxoplasmosi cerebral (edat >1mes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 Pneumònia recurrent (2 episodis o més en 12 mesos) (***)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Leucoencefalopatia multifocal progressiva	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Càncer invasiu de coll d'úter (***)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\*\*Només casos diagnosticats després de 1/1/1994

**ALTRES MALALTIES ASSOCIADES:**

Hepatitis B       Candidiasi orofaríngia       Sífilis       Gonocòccia       Altres MTS  → Especificar:  
 Hepatitis C       Leishmania       Altres  → Especificar:

**VII- OBSERVACIONS O INFORMACIÓ ADDICIONAL****VIII- DADES DE LA PERSONA QUE NOTIFICA EL CAS**

NOM I LLINATGES

INSTITUCIÓ

UNITAT

TELÈFON DE CONTACTE:

GRÀCIES PER LA COL·LABORACIÓ

Data de notificació:

..... de.....de 20.....