



MINISTERIO  
DE SALUD

## SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

### Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería pre prueba (FVIH-01)



Instructivo:

#### A. DATOS GENERALES

Establecimiento que solicita la prueba: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Fecha de consulta: dd / mm / aa N.º expediente o N.º de afiliación: \_\_\_\_\_ Categoría de afiliación:  Cotizante  Pensionado  VG  Beneficiario  Cesante  ISBM  COSAM

#### I. Datos de identificación

Modalidad:  Ambulatoria  Hospitalaria  Extramural

N.º DUI/CUN: \_\_\_\_\_ N.º CUI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: dd / mm / aa Sexo:  Masculino  Femenino

1.º Nombre: \_\_\_\_\_ 1.º Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

2.º Nombre: \_\_\_\_\_ 2.º Apellido: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

3.º Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_ Conocido/a por (DUI): \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si es menor de edad, nombre completo de madre o responsable: \_\_\_\_\_ Área:  Urbana  Rural

Dirección completa y punto de referencia: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Barrio/colonia/lotificación: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Barrio/colonia/lotificación: \_\_\_\_\_

Estado civil	Educación	Ocupación	Discapacidad	IV. Motivo de solicitud de examen
<input type="checkbox"/> 1. Soltero (a) <input type="checkbox"/> 2. Casado (a) <input type="checkbox"/> 3. Viudo (a) <input type="checkbox"/> 4. No aplica	Alfabeta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input type="checkbox"/> 2. Básica <input type="checkbox"/> 3. Bachillerato <input type="checkbox"/> 4. Técnica <input type="checkbox"/> 5. Universitaria	<input type="checkbox"/> 1. Desempleado <input type="checkbox"/> 2. Ama de casa <input type="checkbox"/> 3. Estudiante <input type="checkbox"/> 4. Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> 5. Empleado informal <input type="checkbox"/> 6. Empleado formal <input type="checkbox"/> 7. Agricultor <input type="checkbox"/> 8. Comerciante <input type="checkbox"/> 9. Cuerpo uniformado <input type="checkbox"/> 10. No aplica <input type="checkbox"/> 11. Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/> 1. Física <input type="checkbox"/> 2. Visual <input type="checkbox"/> 3. Auditiva <input type="checkbox"/> 4. Mental <input type="checkbox"/> 5. Intelectual <input type="checkbox"/> 6. Ninguna	<input type="checkbox"/> 1. Donante <input type="checkbox"/> 2. Atención preconcepcional <input type="checkbox"/> 3. Atención prenatal, parto, puerperio y lactancia <input type="checkbox"/> 4. Exposición perinatal <input type="checkbox"/> 5. Profilaxis Post Exposición (PPE) <input type="checkbox"/> 6. Profilaxis Pre Exposición (PrEP) <input type="checkbox"/> 7. Paciente con tuberculosis <input type="checkbox"/> 8. Otras ITS <input type="checkbox"/> 9. Tamizaje <input type="checkbox"/> 10. Estrategias NAC/NAP <input type="checkbox"/> 11. Solicitud voluntaria <input type="checkbox"/> 12. Autoprueba individual <b>NO</b> asistida <b>reactiva</b> <input type="checkbox"/> 13. Solicitud de trabajo/estudio Nombre de empresa/institución que solicita: _____ <input type="checkbox"/> 14. Investigación epidemiológica

#### II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva

Completar en toda mujer en edad reproductiva (9-54 años)

Embarazada:  Sí  No FUM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

En control prenatal:  Sí  No

Establecimiento de control: \_\_\_\_\_

Período de indicación de examen:

1.º Perfil  2.º Perfil  3.º Perfil

Trabajo de parto  Post parto

Brindando lactancia:  Sí  No

Nombre de responsable de indicar prueba

Firma y sello

Esta hoja deberá ser llenada en forma completa y con letra legible por el personal que indicó la prueba de VIH

#### III. Identificación de riesgos

1. Hijo de madre VIH(+)

Indagar si en los últimos 12 meses:

2. Uso de drogas inyectables  
¿Ha compartido jeringas?  Sí  No

3. Drogas para intensificar actividad sexual (Chemsex)

4. Realiza trabajo sexual

5. Usuario de trabajador (a) sexual

6. Persona privada de libertad

7. Población móvil

8. Receptor de hemoderivados y órganos

9. Contacto sexual de persona VIH(+)

10. Tatuajes

11. Práctica sexual sin condón o manta de látex

12. Diagnosticada, tratada o síntomas de ITS

13. Diagnosticada, tratada o síntomas de Tb

14. Tipo de pareja sexual  
 Estable  Casual  Múltiples parejas

15. Tipo de exposición al VIH  
 Accidente laboral  Violación sexual  Prácticas sexuales de riesgo

16. ¿Ha tenido relaciones sexo-coitales con?  
 Mujeres  Otros  Hombres alta prevalencia  
 Hombres  No contesta  Hombres muy alta prevalencia

17. ¿Ha tenido relaciones sexo-coitales a cambio de?  
 Dinero  Gratificaciones  Ambos  
 No  No contesta

#### VI. Consejería

Se brindó consejería pre prueba  Sí  No  
 Consejería para autoprueba individual **NO** asistida

#### V. Población meta

1. Adolescentes  
 2. Hombres de alta prevalencia  
 3. Trabajador (a) del sexo (TS)  
 4. Embarazada  
 5. Población móvil  
 6. Persona privada de libertad  
 7. Hombres de muy alta prevalencia  
 8. Población general

#### VII. Prevención

Entrega de paquete de prevención  Sí  No

Ley de prevención y control de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana Decreto. 562. Título III, Capítulo III. Vigilancia epidemiológica Art. 30.

#### ORDEN DE SOLICITUD DE EXAMEN

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1º Nombre: \_\_\_\_\_ 1º Apellido: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_

2º Nombre: \_\_\_\_\_ 2º Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

3º Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Conocido/a por (DUI): \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

N.º expediente o N.º de afiliación: \_\_\_\_\_

Nombre de responsable de indicar prueba

Firma y Sello

**B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico - Exclusivo para uso de laboratorio clínico****Prueba A1**

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de emisión de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar  No reactivo a la fecha
- Elisa nombre del set: \_\_\_\_\_ Lectura \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar  Indeterminado pendiente de confirmar
- Donantes continuar algoritmo con Carga Viral (A4)

**EXCLUSIVO LABORATORIO DE CONFIRMACIÓN**

- Infección VIH:  1. Positiva  2. Negativa  3. No concluyente

Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello): \_\_\_\_\_

**C. Autopueba individual de VIH asistida — Uso exclusivo para personal que asiste la autopueba****Datos de observación autopueba individual de VIH asistida.**

Establecimiento que asiste autopueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar\*  
 No reactivo a la fecha\*\*

\* En autopueba reactiva, tomar muestra venosa: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*\* Enviar FVIH-01 directamente a digitación al SUMEVE.

El resultado NO es responsabilidad de la persona que asiste la prueba. NO esta sujeto a entrega de resultados al usuario.

Observador del resultado (Firma y sello): \_\_\_\_\_

**D. Pruebas confirmatorias — Uso exclusivo de laboratorio clínico**

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de emisión de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Primera confirmación, Prueba A2**Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo  No reactivo**Segunda confirmación, Prueba A3**Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo  No reactivo**Estatus serológico prueba A2 y/o A3, Infección VIH:**

1. Positiva  2. Negativa  3. No concluyente (Tomar carga viral)

Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello): \_\_\_\_\_

**Tercera confirmación, Prueba A4** (A todo resultado no concluyente realizar carga viral según algoritmo diagnóstico y estrategia vigente)

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de emisión de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora de toma de muestra: \_\_\_\_\_ Tipo de muestra:  Plasma  EDTA  Muestra seca en papel filtro (Dried Blood Spot. DBS)N.º de registro: \_\_\_\_\_  PPT**Resultado de prueba:**

Carga viral para VIH, nombre del set: \_\_\_\_\_

- Detectable \_\_\_\_\_ copias /ml muestra **Estatus Final:**  1. Positiva  2. Negativa
- Indetectable

Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello): \_\_\_\_\_

**Exámenes que fundamentan el diagnóstico**

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de emisión de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar  No reactivo a la fecha
- Elisa, nombre del set: \_\_\_\_\_ Lectura \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar  Indeterminado pendiente de confirmar

**EXCLUSIVO LABORATORIO DE CONFIRMACIÓN**

- Infección VIH:  1. Positiva  2. Negativa  3. No concluyente

Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello): \_\_\_\_\_