GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Instructivo para el correcto llenado del "Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba" FVIH-01

El Salvador, Centroamérica

San Salvador, junio 2024

Contenido

Generalidades 3

Sección A. Datos generales 4

Apartado I. Datos de identificación 6

Apartado II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva. 10

Apartado III. Identificación de riesgos 11

Apartado IV. Motivo de solicitud de examen 13

Apartado V. Población meta 15

Apartado VI. Consejería 17

Apartado VII. Prevención 17

Orden de solicitud de examen – Desprendible 18

Sección B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico 19

Sección C. Autoprueba individual de VIH asistida. 20

Sección D. Pruebas confirmatorias. 21

Exámenes que fundamentan el diagnóstico – Desprendible 23

Flujo de información del FVIH-01 24

Atención regular 24

Prueba de VIH No reactiva 24

Prueba de VIH Reactiva o Indeterminada 25

Autopruebas 26

Autoprueba individual de VIH asistida 26

Autoprueba individual de VIH NO asistida 28

Enlace QR 29

Formulario FVIH-01 - Lado anterior 30

Formulario FVIH-01 - Lado posterior 31

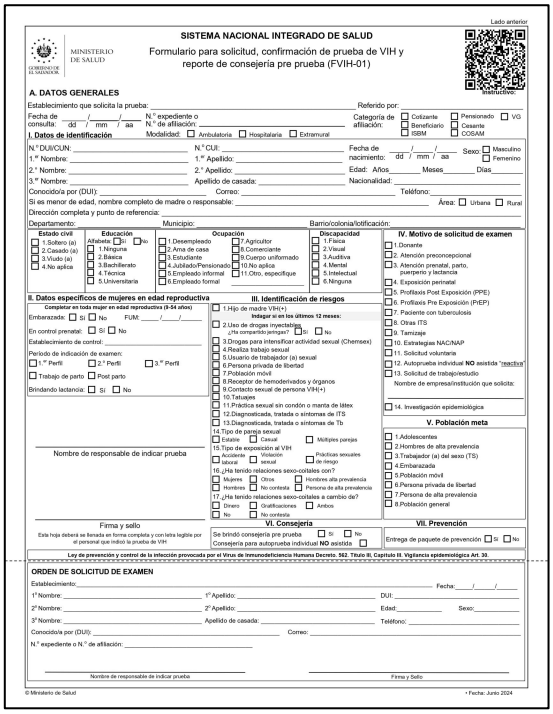
© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Generalidades

Con el objeto de procurar una información fluida, completa y uniforme, que permita garantizar una adecuada vigilancia epidemiológica del VIH por medio del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA en El Salvador (SUMEVE), se debe llenar el Formulario FVIH-01 tomando las siguientes indicaciones:

- El Formulario debe completarse, tanto en la parte superior como inferior (desprendible/Orden de solicitud de examen), con letra legible (de molde) y bolígrafo por la persona que indica la prueba.
- Toda prueba serológica que se indique con el fin de diagnosticar la infección causada por el VIH debe acompañarse por un FVIH-01

Lado anterior.
La parte anterior (superior e inferior divididos por línea punteada) contiene los datos de la persona a la cual se le realizará la prueba de VIH. Esta es llenada por el profesional que indica la prueba.


Lado anterior

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD

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

A. DATOS GENERALES

Establecimiento que solicita la prueba: _____ Referido por: _____

Fecha de consulta: ____/____/____ (dd / mm / aa) N.° expediente o N.° de afiliación: _____ Categoría de afiliación: ☐ Cotizante ☐ Pensionado ☐ VG ☐ Beneficiario ☐ Cesante ☐ ISBM ☐ COSAM

I. Datos de identificación

Modalidad: ☐ Ambulatoria ☐ Hospitalaria ☐ Extramural

N.° DUI/OIJN: _____ N.° CUI: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ (dd / mm / aa) Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

1.er Nombre: _____ 1.er Apellido: _____ Edad: Años_____ Meses_____ Días_____

2.° Nombre: _____ 2.° Apellido: _____

3.er Nombre: _____ Apellido de casada: _____ Nacionalidad: _____

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: _____

Estado civil: ☐ 1. Soltero (a) ☐ 2. Casado (a) ☐ 3. Viudo (a) ☐ 4. No aplica

Educación: Alfabeta: ☐ Sí ☐ No ☐ 1. Ninguna ☐ 2. Básica ☐ 3. Bachillerato ☐ 4. Técnica ☐ 5. Universitaria

Ocupación: ☐ 1. Desempleado ☐ 2. Ama de casa ☐ 3. Estudiante ☐ 4. Jubilado/Pensionado ☐ 5. Empleado informal ☐ 6. Empleado formal ☐ 7. Agricultor ☐ 8. Comerciante ☐ 9. Cuerpo uniformado ☐ 10. No aplica ☐ 11. Otro, especifique _____

Discapacidad: ☐ 1. Física ☐ 2. Visual ☐ 3. Auditiva ☐ 4. Mental ☐ 5. Intelectual ☐ 6. Ninguna

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.er Perfil ☐ 2.° Perfil ☐ 3.er 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

Indagar si en los últimos 12 meses:

☐ 1.Hijo de madre VIH(+)
☐ 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 sintomas de ITS
☐ 13.Diagnosticada, tratada o sintomas 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 ☐ Persona de alta prevalencia
17.¿Ha tenido relaciones sexo-coitales a cambio de? ☐ Dinero ☐ Gratificaciones ☐ Ambos ☐ No ☐ No contesta

IV. Motivo de solicitud de examen

☐ 1.Donante
☐ 2. Atención preconcepcional
☐ 3. Atención prenatal, parto, puerperio y lactancia
☐ 4. Exposición perinatal
☐ 5. Profilaxis Post Exposición (PPE)
☐ 6. Profilaxis Pre Exposición (PrEP)
☐ 7. Paciente con tuberculosis
☐ 8. Otras ITS
☐ 9. Tamizaje
☐ 10. Estrategias NAC/NAP
☐ 11. Solicitud voluntaria
☐ 12. Autoprueba individual **NO** asistida "reactiva"
☐ 13. Solicitud de trabajo/estudio
Nombre de empresa/institución que solicita: _____
☐ 14. Investigación epidemiológica

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.Persona de alta prevalencia
☐ 8.Población general

VI. Consejería

Se brindó consejería pre prueba ☐ Sí ☐ No

Consejería para autoprueba individual **NO** asistida ☐

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 II. Vigilancia epidemiológica Art. 30.

ORDEN DE SOLICITUD DE EXAMEN

Establecimiento: _____ Fecha: ____/____/____

1.er Nombre: _____ 1.er Apellido: _____ DUI: _____

2.° Nombre: _____ 2.° Apellido: _____ Edad: _____ Sexo: _____

3.er Nombre: _____ Apellido de casada: _____ Teléfono: _____

Conocido/a por (DUI): _____ Correo: _____

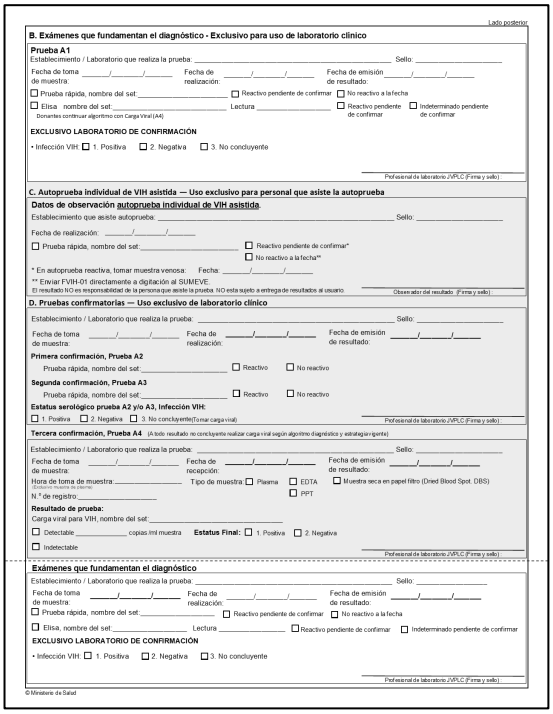
N.° expediente o N.° de afiliación: _____

Nombre de responsable de indicar prueba

Firma y Sello

© Ministerio de Salud • Fecha: Junio 2024

Lado posterior.
La parte posterior (superior e inferior) contiene los resultados de las pruebas realizadas. La sección B y D es llenada por Personal de Laboratorio y la C por observador de autoprueba asistida.


Lado posterior

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 (VPLC (Firma y sello)

C. Autoprueba individual de VIH asistida — Uso exclusivo para personal que asiste la autoprueba

Datos de observación autoprueba individual de VIH asistida.

Establecimiento que asiste autoprueba: _____ Sello: _____

Fecha de realización: ____/____/____

☐ Prueba rápida, nombre del set: _____ ☐ Reactivo pendiente de confirmar* ☐ No reactivo a la fecha**

* En autoprueba 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 (VPLC (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: _____ (Contiene muestra de plasma) Tipo de muestra: ☐ Plasma ☐ EDTA ☐ PPT ☐ Muestra seca en papel filtro (Dried Blood Spot. DBS)

N.° de registro: _____

Resultado de prueba:

Carga viral para VIH, nombre del set: _____

☐ Detectable _____ copias /ml muestra Estatus Final: ☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa

☐ Indetectable

Profesional de laboratorio (VPLC (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 (VPLC (Firma y sello)

© Ministerio de Salud

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Sección A. Datos generales

Esta sección tiene como objetivo recopilar la información del establecimiento que solicita la prueba del paciente, en esta sección se registra:

A. DATOS GENERALES
Establecimiento que solicita la prueba: _____ Referido por: _____
Fecha de consulta: ____/____/____ dd / mm / aa
N.° expediente o N.° de afiliación: _____
Categoría de afiliación: ☐ Cotizante ☐ Beneficiario ☐ ISBM ☐ Pensionado ☐ Cesante ☐ COSAM ☐ VG
I. Datos de identificación
Modalidad: ☐ Ambulatoria ☐ Hospitalaria ☐ Extramural

Establecimiento que solicita la prueba: Se debe registrar el nombre completo del establecimiento de salud en la que se indica y brinda consejería preprueba, sea este del Ministerio de Salud o de otra institución que presta servicios de salud; tenga este o no laboratorio para la realización de la prueba.

Al realizar la actividad de toma de prueba de VIH con apoyo de Unidad Móvil, se registrará el nombre del establecimiento del MINSAL geográficamente responsable de la actividad (Unidades de salud, hospital, entre otros) que solicita la prueba.

Nunca colocar el número de la unidad móvil, estas solo son responsables del procesamiento de las muestras y llenarán sus datos en la sección B Exámenes que fundamentan el diagnóstico

Referido por: Se debe registrar el nombre completo del establecimiento que refirió a la persona para que se le realice la toma de prueba de VIH y brinde la consejería preprueba o institución con la que se **coordinó la actividad** y que **NO brindó la consejería** (Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Instituciones privadas, establecimiento del ISSS, Oficina Sanitaria Internacional (OSI), entre otros), de no existir una referencia o coordinación, colocar “No aplica” o N/A.

Ejemplo 1 La ONG Solidaridad Primero, capta a una persona en una actividad de campo coordinada con la Unidad de Salud San Angelito, siendo el personal de la UDS San Angelito quien brinda la consejería.

Establecimiento que solicita la prueba: Unidad de Salud San Angelito Referido por: ONG Solidaridad Primero

Ejemplo 2: La Unidad Médica Rafael (ISSS) compra servicios al Hospital Nacional José Ángel y refiere al paciente ya con el FVIH-01, quedando evidencia de que se brindó la consejería. Como el Hospital Nacional José Ángel solamente realizará la toma de la prueba, el área de laboratorio complementara la sección B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico.

Establecimiento que solicita la prueba: Unidad Medica Rafael Referido por: “No aplica”

Ejemplo 3: El “Centro Penal 1” realiza jornada de toma de prueba de VIH donde los consejeros pares o personal del CP brindan la consejería y llenan el FVIH-01, el CP sería el “Establecimiento que solicita la prueba”, y en referido por, se registra la “UDS local” que coordina la actividad; la unidad móvil apoya con la actividad de muestreo y procesamiento, quienes complementarían el área de laboratorio en la sección B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico.

Establecimiento que solicita la prueba: Centro penal 1 Referido por: “UDS Local”

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Fecha de consulta: Registrar la fecha en que se realiza la toma de prueba de VIH y la consejería preprueba en formato: día, mes y año (dd/mm/aa).

Ejemplo: para el 1 de enero del 2022: Fecha de consulta: 01 / 01 / 22 (dd / mm / aa)

Número de Expediente/No. de Afiliación: Anotar el número de expediente clínico asignado al paciente según establecimiento solicitante.

En el caso del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) anótese el número de afiliación, ya sea este cotizante o beneficiario.

Categoría de Afiliación: Aplica para paciente asegurado y veterano de guerra, marcar una de las siguientes opciones según corresponda:

Categoría de afiliación: ☐ Cotizante ☐ Beneficiario ☐ ISBM ☐ Pensionado ☐ Cesante ☐ COSAM ☐ VG

- **Cotizante:** Persona asegurada activa en ISSS.
- **Beneficiario:** La cónyuge o compañera de vida **inscrita** del asegurado activo; El cónyuge o compañero de vida **inscrito** de la asegurada activa; La viuda o el viudo pensionado; La compañera de vida con derecho a pensión; Los hijos de los asegurados, aseguradas, compañero de vida del asegurado pensionados o pensionadas y las condiciones, modalidades y extensiones que se fijará por acuerdo del consejo directivo del ISSS.
- **Pensionado**: Por causas de invalidez, vejez, viudez e incapacidad.
- **Cesante**: Asegurado que deje de cotizar por pasar a una empresa no cubierta por el ISSS.
- **VG**: Persona Veterano de Guerra.
- **COSAM:** Personas afiliadas al Comando de Salud Militar.
- **ISBM:** Personas afiliadas al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

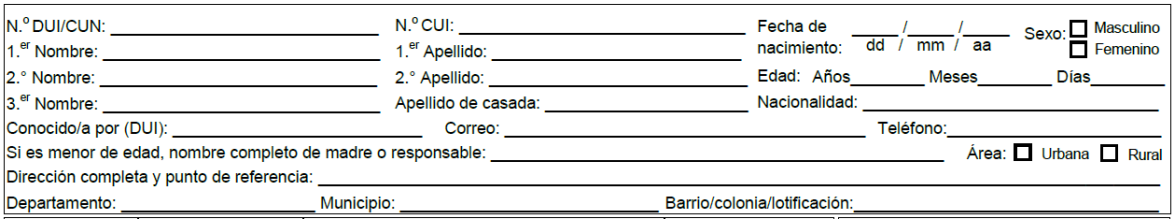
Modalidad: Seleccionar solamente una, según sea el tipo de atención brindada:

- **Ambulatoria**: Marcar en caso de que la prueba sea tomada durante toda atención que no requiere ingreso del paciente, tales como: consulta externa, emergencia, atenciones en el primer nivel de atención, laboratorios, etc.
- **Hospitalaria**: Marcar en caso de que la prueba sea indicada en áreas de hospitalización.
- **Extramural:** Marcar en caso de que la prueba sea ofertada en actividades fuera del establecimiento de salud.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Apartado I. Datos de identificación

Esta sección tiene como objetivo recopilar los datos personales de identificación de la persona a quien se le realizará la prueba de VIH, en la cual se solicita que se registre:


N.º DUI/CUN: _____ N.º CUI: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ (dd / mm / aa) Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
1.er Nombre: _____ 1.er Apellido: _____
2.° Nombre: _____ 2.° Apellido: _____ Edad: Años_____ Meses_____ Días_____
3.er Nombre: _____ Apellido de casada: _____ Nacionalidad: _____
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:_____

N.º DUI/CUN: En caso de personas mayores de 18 años, anotar el número del Documento Único de Identidad (DUI), en caso de ser personas menores de 18 años, colocar el código único de nacimiento **(CUN)** que corresponderá al número otorgado por el Registro Nacional de las Personas Naturales (RNPN) o en el caso de no poseerlo se registrará el número de expediente dado al recién nacido, en caso de ser extranjero debe registrarse el N.º de documento de identidad (pasaporte) o número de residente.

*Si el usuario no tiene DUI debe anotar que el usuario **"no porta DUI" o "No porta documento de identificación"**.*

N.º CUI: Anotar el Código Único de Identificación (CUI). **Aplica para Hombres de alta prevalencia (HAP) y Personas de alta prevalencia (PAP) en VIH, captadas por las ONG que trabajan dentro del proyecto del Fondo Mundial.** En caso de ser personas de alta prevalencia en VIH atendidas por otras instituciones, el dato se dejará en blanco ya que el SUMEVE genera el código automáticamente al tener toda la información necesaria.

El número de CUI se construye con las primeras 2 letras del apellido, las letras HAP o PAP según la aplicación para personas de alta prevalencia, la fecha de nacimiento de la persona, el identificador del municipio y departamento de nacimiento.

Fecha de nacimiento: Se registra el día, mes y año de nacimiento de la persona a quien se le indica la prueba de VIH. (formato: día, mes y año dd/mm/aa).

Sexo: Se refiere al sexo biológico masculino o femenino. Marcar la casilla según corresponda.

1°, 2° y 3° Nombre: Anotar los nombres del paciente como aparece registrado en DUI, en caso de ser menores de edad, según partida de nacimiento.

1° y 2° Apellido: Anotar los apellidos del paciente como aparece registrado en el DUI, en caso de ser menores de edad, según partida de nacimiento.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Apellido de casada: En caso de tratarse de una mujer que haya contraído matrimonio y modificase su apellido en su documento de identidad, se anotará el primer apellido del cónyuge, sin la partícula "de".

Ejemplo: El nombre de una mujer casada según DUI es "Trinidad Elssa Giselle, Martínez Miranda de Rivera".

Se registrará de la siguiente manera:

Apellido paterno

1.er Nombre: Trinidad — 1.er Apellido: Martinez

2.° Nombre: Elssa — 2.° Apellido: Miranda

3.er Nombre: Guiselle — Apellido de casada: Rivera

Sin la partícula "de"

Conocido/a por (DUI): Registrar campo **"Conocido por"** según DUI.

Si es menor de edad, nombre completo de madre o responsable: De tratarse de un niño o niña menor de edad, anotar el nombre de la madre o la persona que lo tiene bajo su responsabilidad (abuelo(a), tío(a), hermano(a), etc.), de no estar presente ninguna de las anteriores se colocará el nombre del médico o personal autorizado que indica la prueba o el nombre de la institución.

Edad: Si es menor de un mes registrar días de nacido, si es menor de un año registrar meses cumplidos, a mayores de un año 6 meses, registrar la edad en años cumplidos.

Fecha de nacimiento: 01 / 01 / 21 (dd / mm / aa) Sexo: ☑ Masculino ☐ Femenino

Edad: Años: 1 Meses: _____ Días: _____

Nacionalidad: Salvadoreño

Nacionalidad: Anotar la nacionalidad del paciente según corresponda, por ejemplo: salvadoreña, guatemalteca, entre otras.

Teléfono: Anotar el teléfono del domicilio donde reside el paciente o celular personal.

Correo: Se debe agregar el correo electrónico del usuario.

Ejemplo: Niño recién nacido teniendo 18 meses, 1 día cumplidos al momento de toma de la prueba, se registrará en el campo edad únicamente el año cumplido.

Dirección completa y punto de referencia: Registrar la dirección de residencia actual de la persona, independientemente sea coincidente o no con la que está registrada en el DUI, se debe registrar los puntos de referencias con respecto a la dirección del domicilio del paciente cuando sea en áreas semiurbanas o rurales.

Área: Marcar Urbano o Rural según residencia habitual de paciente.

Departamento: Se refiere al departamento en el cual **reside actualmente** la persona a quien se le indica la prueba. (no necesariamente debe ser igual al del DUI).

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Municipio: Se debe anotar el municipio según departamento al cual **corresponde** el domicilio actual de la persona a quien se le indica la prueba. (no necesariamente debe ser igual al del DUI)

Barrio/colonia/lotificación: Se debe anotar barrio, colonia, cantón, caserío o lotificación, según municipio al cual corresponde el domicilio actual de la persona a quien se le indica la prueba. (no necesariamente debe ser igual al DUI).

Ejemplo: Colonia Dolores, Residencial Alemania, Casa 64, polígono J, contiguo a venta de lácteos la vaquita, en el Municipio de San Salvador, departamento de San Salvador y número de teléfono 71## 90##.

Dirección completa y punto de referencia: _____

Departamento: _____ Municipio: _____ Barrio/colonia/lotificación:_____

Estado Civil: Marcar el estado civil al momento de la indicación de la prueba de VIH. En el caso de menores de 18 años debe registrarse como "4. No aplica". [1 y 2]

Para un **menor de edad** que manifieste **estar acompañado**, se seleccionará "4. No aplica" y en el apartado "III. Identificación de riesgos", se seleccionará el tipo de pareja sexual "Estable".

Estado civil
- ☐ 1.Soltero (a)
- ☐ 2.Casado (a)
- ☐ 3.Viudo (a)
- ☐ 4.No aplica

Para una persona **mayor de edad** que manifieste **estar acompañado**, se seleccionará "1. Soltero" y en el apartado "III. Identificación de riesgos", se seleccionará el tipo de pareja sexual "Estable".

Educación: En el apartado **Alfabeta,** marcar "Si" en caso de que la persona lea y escriba, de lo contrario marcar "No".
Como consiguiente, se debe marcar el nivel más alto de estudio cursados y terminado en el sistema formal de educación:

- Ninguna, Básica (Primero a Noveno grado), Bachillerato, Técnica o Universitaria.

Educación
Alfabeta: ☐ Sí ☐ No
- ☐ 1.Ninguna
- ☐ 2.Básica
- ☐ 3.Bachillerato
- ☐ 4.Técnica
- ☐ 5.Universitaria

Ocupación: Marcar la ocupación que está desempeñando al momento. En el caso de niños menores de 6 años, marcar "10. No aplica". De marcar "11. Otro" especificar la ocupación. Ejemplo: Jornalero**.** Importante: se debe marcar solo una opción.

Ocupación

☐ 1.Desempleado	☐ 7.Agricultor
☐ 2.Ama de casa	☐ 8.Comerciante
☐ 3.Estudiante	☐ 9.Cuerpo uniformado
☐ 4.Jubilado/Pensionado	☐ 10.No aplica
☐ 5.Empleado informal	☐ 11.Otro, especifique
☐ 6.Empleado Formal	_____

[1] Código de Familia, año 2017. Art.186, Decreto 605 código de Familia 21 febrero 2017.
[2] Ley Crecer Juntos Art 44

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Discapacidad: Es un término que engloba las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación. Deficiencia: Es la ausencia o alteración de la función o estructura de una o más partes del cuerpo[3]. Si la persona presenta alguna discapacidad se debe marcar una o varias según corresponda.

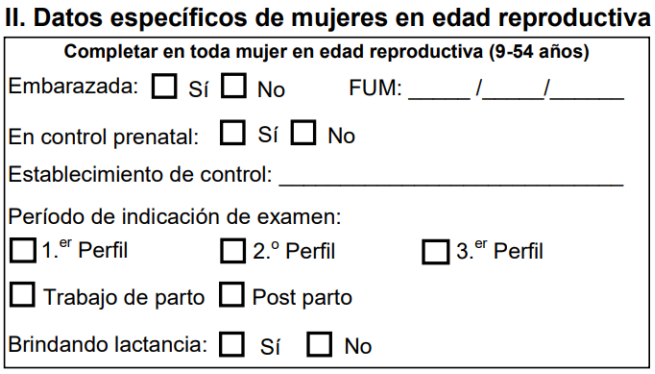
1. **Física:** Persona con falta, deterioro o alteración de la estructura o función de una o más partes del cuerpo, y que provoca inmovilidad o disminución de la movilidad, cuyo entorno requiere condiciones para facilitar la libre movilidad sin obstáculos físicos o arquitectónicos[3]. Ejemplo: Ausencia de una extremidad por amputación.
2. **Visual:** Persona con ceguera total o baja visión, debido a deterioro o falta de la función sensorial de ver; se enfrenta a limitación de la capacidad visual que compromete la ejecución de las tareas en el campo funcional, no mejora con corrección refractiva (lentes) ni con medicación o cirugía. Su entorno requiere condiciones para contar con señalética Braille, audible o tecnológico que facilite su acceso a la información, comunicación y educación sobre los servicios de salud[3]. Ejemplo: Uso de lentes por miopía hipermetropía o astigmatismo.
3. **Auditiva:** Personas con sordera parcial o total debido a deterioro o falta de la función sensorial de oír, se enfrentan a las limitantes de comunicación, cuyo entorno requiere condiciones para contar con interpretación en señas, señalética o medio tecnológico[3]. Ejemplo: Sordera por edad o por enfermedad profesional.
4. **Mental:** Persona con alteraciones o deficiencias en las funciones mentales, específicamente en el pensar, sentir y relacionarse. Es una deficiencia que puede no ser visible en un primer momento; se puede presentar con alteraciones en su capacidad de sentir, pensar o relacionarse con las demás personas. Suele estar asociada a reacciones químicas en el organismo con manifestación de ansiedad, bipolaridad, esquizofrenia, trastornos obsesivos y depresión mayor, entre otros.[3] Ejemplo: Esquizofrenia, trastornos de comportamiento disruptivo y disocial entre otros.
5. **Intelectual:** Personas con limitación significativa en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que se manifiesta en limitación en el aprendizaje de habilidades psicosociales para funcionar en situaciones relacionadas a su vida diaria, aparece antes de los 18 años y está relacionada a la interacción de alteraciones neurológicas y el entorno en el que la persona se desarrolla[3].
6. **Ninguna:** Marcar en caso de no presentar ninguna discapacidad.

[3] Norma técnica para la atención integral en salud para las personas con discapacidad. MINSAL, 2020

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Apartado II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva.

A toda mujer en edad reproductiva que comprenden de los 9 a los 54 años, indagar:



Embarazada: Marcar "Sí" en caso de estar embarazada al momento de realizar la prueba, en caso contrario marcar "No".

Si la respuesta es "No", indagar si está brindando lactancia materna.

FUM: Fecha de última menstruación**,** **NO ES CAMPO OBLIGATORIO.** Debe anotar día, mes y año de su última menstruación. En caso de tener una FUM desconocida, calcular en base a las semanas reportadas por ultrasonografía o por clínica y anamnesis.

En control Prenatal: Marcar "Sí" en el caso de estar en control prenatal durante el presente embarazo en algún establecimiento de salud independientemente del que esté indicando la prueba. Caso contrario marcar "No".

Establecimiento de Control: Se llenará en el caso de que la paciente esté llevando su control de embarazo en establecimiento diferente al que tome la prueba.

Periodo de indicación de examen: Marcar de acuerdo con las siguientes categorías:

- **1.er Perfil** (idealmente antes de 12 semanas de gestación)
- **2.º Perfil** (Idealmente a las 26 semanas de gestación)
- **3.er Perfil** (Idealmente a las 36 semanas de gestación)
- **Trabajo de parto**
- **Post parto**

Importante: Si la inscripción es tardía, se toma:

- **1.er Perfil:** En el momento de la inscripción
- **2.º Perfil:** 8 semanas después de haber tomado el primer perfil**.**
- **3.er Perfil:** 8 semanas después de la fecha del segundo perfil

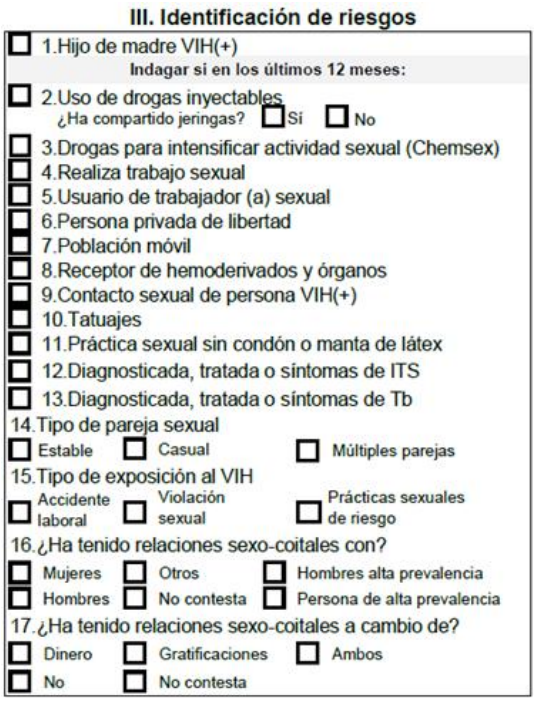
De esta forma se asegura la toma de los 3 perfiles a la embarazada.

***Nota:** En caso de paciente embarazada independientemente de la edad gestacional en la que se presente por primera vez a realizarse la prueba de VIH, se considerará como primer perfil

Brindando lactancia: Marcar si se encuentra o brindó lactancia en los últimos 12 meses.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Apartado III. Identificación de riesgos


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 Persona de alta prevalencia

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

Esta sección tiene como objetivo notificar todos los posibles riesgos de infección por VIH, siendo estos identificados durante la consejería, y a su vez, la operativización de variables para la identificación de grupos de hombres de alta prevalencia y personas de alta prevalencia.

La decisión de las personas de responder o no a estas preguntas no debe afectar a la provisión de los servicios.

La indagación se puede hacer en varios momentos de la atención independientemente de las percepciones que el proveedor pueda tener sobre su pertenencia o no a alguno de los grupos de hombres de alta prevalencia y Persona de alta prevalencia, teniendo en cuenta que las personas pueden responder de forma diferente dependiendo de la confianza con el entrevistador y de su estado emocional.

1. **Hijo de madre VIH (+):** Marcar en caso de ser menores de edad hijos de madre VIH positivo.

⚠ En caso de recién nacidos de madre VIH positivo, menores de 18 meses se debe realizar y llenar solicitud de prueba para carga viral VIH para descartar o confirmar el diagnóstico (FVIH-04 Formulario para estudio virológico e inmunológico).

Nota: En casos especiales que se requiera la indicación de una prueba rápida a menores de 18 meses, el equipo multidisciplinario del establecimiento, valorará la situación, dejará un acta evidenciando las razones del porque se tomó la prueba y además notificará a la UITS/VIH.

Identificar los posibles riesgos presentados "**en los últimos 12 meses"** de la persona que se realizará la prueba de VIH.

2. **Uso de drogas inyectables:** Marcar si la persona da historia de uso de drogas inyectables.
    a. De tener historia de uso de drogas inyectables, indagar si **ha compartido agujas o jeringuillas** y marcar "Si" o "No" según corresponda.
3. **Drogas para intensificar la actividad sexual (Chemsex):** Uso de diferentes **drogas recreacionales** con el objetivo de mantener, facilitar o intensificar las actividades sexuales.
4. **Realiza trabajo sexual:** Marcar si la persona ejerce o ejerció como trabajador o trabajadora sexual. Complementar numeral "16. ¿Ha tenido relaciones sexuales a cambio de?" según corresponda.
5. **Usuario de trabajador (a) sexual:** Marcar si la persona ha hecho uso de servicios sexuales.

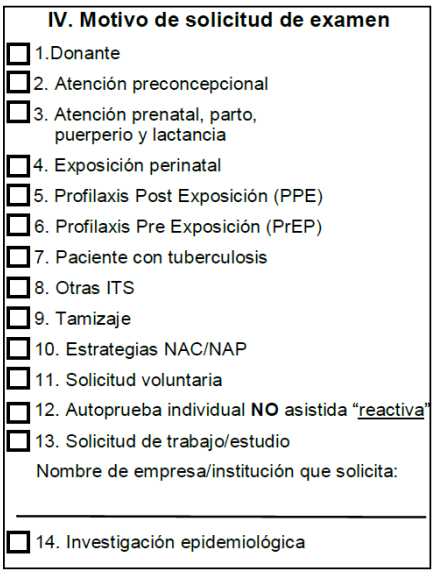
© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

6. **Persona privada de libertad:** Persona que ha estado o que al momento de la atención se encuentra “detenida” en centros penales, granjas penitenciarias o bartolinas.
7. **Población móvil:** Son las personas que se desplazan de un lugar a otro temporal, estacional o definitivamente por un conjunto de razones voluntarias o involuntarias, incluye: Turistas, Personas refugiadas, Cuerpos uniformados, Migrantes económicos, Trabajador estacional, Trabajador formal e informal, Repatriados, Marineros, entre otros.
8. **Receptor de hemoderivados y órganos:** Persona que, da historia de haber recibido transfusión de Sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas órganos o tejidos.
9. **Contacto sexual con persona con VIH(+):** Se debe marcar cuando la persona dé historia de contacto sexual con persona VIH positivo.
10. **Tatuajes:** Marcar en caso de historia tatuajes realizados hace 12 meses o menos.
11. **Práctica sexual sin condón o manta de látex**: Marcar en caso de historia de relaciones sexuales sin condón (masculino o femenino) o sexo oral sin manta de látex o condón masculino.
12. **Diagnosticada, tratada o síntomas de ITS:** Marcar en caso de historia de diagnósticos, tratamientos o síntomas relacionados a ITS.
13. **Diagnosticada, tratada o síntomas de Tb:** Marcar en caso de historia de diagnósticos, tratamientos o síntomas relacionados a Tuberculosis, en el caso de no priorizarlo como motivo de solicitud en el apartado “IV Motivo de solicitud de examen”.
14. **Tipo de pareja sexual:** Indagar el tipo de pareja o parejas sexuales en las siguientes categorías, se puede marcar una o varias opciones según corresponda:
    Estable: Si mantiene una relación sexual con una persona a largo plazo (de un año a más).
    Personas acompañadas deben de registrarse en esta categoría.
    Casual: Si mantiene prácticas sexuales ocasionales con una persona.
    Múltiples parejas: Si mantiene prácticas sexuales con más de una persona.
15. **Tipo de exposición al VIH:** Marcar el tipo de exposición según las siguientes categorías:
    Accidente laboral: Trabajador que sufre un accidente laboral con material potencialmente infectado con VIH.
    Violación sexual: Delito que atenta contra la libertad sexual que puede ser vaginal, anal u oral por medio de violencia.
    Prácticas sexuales de riesgo: Práctica sexual consensuada con riesgo de exposición al VIH.
16. **¿Ha tenido relaciones sexo-coitales con?:** Indagar, si en el último año ha tenido sexo con Hombres, Mujeres, Hombres alta prevalencia, Personas de alta prevalencia u otros. Se puede marcar una o varias opciones según corresponda.
17. **¿Ha tenido relaciones sexo-coitales a cambio de?:** Indagar, si en los últimos 12 meses ha realizado sexo transaccional ya sea a cambio de Dinero, Gratificaciones (como pago de servicios, estudios, alimentos, entre otros) o Ambos.
    Si la persona denota haber realizado relaciones sexuales a cambio de dinero y gratificaciones, se debe marcar la casilla “Ambos”, caso contrario se debe marcar la casilla que corresponda, **marcar solamente una opción.**
    Una persona puede o no identificarse como trabajador (a) sexual y a su vez expresar tener sexo transaccional.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Apartado IV. Motivo de solicitud de examen

Tomar en cuenta la causa o estrategia principal de solicitud al momento de llenar este campo, esto será determinado por la persona que indica la prueba. **Marcar solamente una categoría.**



1. **Donante**: Marcar únicamente en los bancos de sangre que realizan tamizaje para VIH para las personas cuyas muestras de sangre en análisis presentaron resultados reactivos o indeterminados.
2. **Atención preconcepcional:** Marcar si la prueba se indica como parte del protocolo de atención en el periodo preconcepcional.
3. **Atención prenatal, parto, puerperio y lactancia:** Marcar en el caso de toda prueba indicada durante la atención en los periodos de embarazo, trabajo de parto, post parto y Lactancia.
4. **Exposición Perinatal:** Marcar si la indicación de la prueba es por sospecha de exposición perinatal.

En caso de recién nacidos de madre VIH positivo, menores de 18 meses se debe realizar y llenar solicitud de prueba para carga viral VIH para descartar o confirmar el diagnóstico (FVIH-04 Formulario para estudio virológico e inmunológico).

Nota: En casos especiales que se requiera la indicación de una prueba rápida a menores de 18 meses, el equipo multidisciplinario del establecimiento, valorará la situación, dejará un acta evidenciando las razones del porque se tomó la prueba y además notificará a la UITS/VIH.

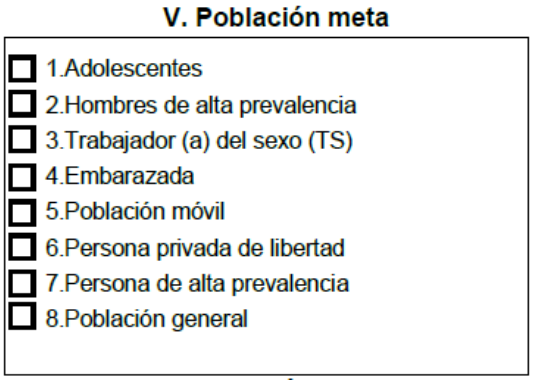
5. **Profilaxis Post Exposición (PPE):** Marcar en el caso de exposición, según lineamiento técnico de profilaxis post exposición al VIH para la persona expuesta, reportando en el apartado III. Identificación de riesgos, literal 15 Tipo de Exposición al VIH, para establecer la "Exposición ocupacional y no ocupacional".
   Si se indica la prueba de VIH a la persona fuente, el motivo de esta será "9. Tamizaje".
6. **Profilaxis Pre Exposición (PrEP):** Según el Lineamiento técnico para la Profilaxis Pre Exposición al VIH (PrEP), esta opción se marcará cuando se indique la prueba para inscripción en profilaxis pre exposición, como parte de la oferta, prescripción o inicio de PrEP, seguimiento subsecuente, inscripción subsecuente , o egreso de la misma.
7. **Paciente con tuberculosis:** Se marcará este motivo en la indicación de prueba a todo paciente con diagnóstico o sospecha de tuberculosis al cual se le debe descartar la infección por VIH.
   En el caso de ser paciente embarazada con diagnóstico de Tuberculosis, priorizar el motivo de solicitud el literal 7. Paciente con tuberculosis y llenar toda la sección II Datos específicos de mujeres en edad reproductiva; además la sección III identificación de riesgos.
8. **Otras ITS:** Se marcará este motivo en la indicación de prueba a toda persona con una Infección de transmisión sexual, al cual se le debe investigar VIH.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

9. **Tamizaje:** Marcar si el motivo de solicitud del examen para VIH es indicado por iniciativa del proveedor del servicio de salud.
   Ejemplos: Criterios clínicos y conductuales, personas fuente de exposición ocupacional y no ocupacional al VIH (Según lineamientos técnicos para la Profilaxis Post Exposición al VIH) y jornadas de tamizaje en CP y solicitud de prueba VIH en para intima en CP.
10. **Estrategias NAC/NAP:** Marcar si el motivo de solicitud de la prueba es según los lineamientos técnicos para la búsqueda de contactos VIH e ITS, aplica para los contactos o parejas de caso índice y **no para solicitudes voluntarias.**
    - **NAC:** Notificación asistida de contactos.
    - **NAP:** Notificación asistida de parejas.
11. **Solicitud voluntaria:** Marcar si la persona solicita la prueba de VIH para conocer su estado serológico por demanda espontánea, incluyendo estrategias móviles o extramurales.
12. **Autoprueba individual NO asistida "reactiva":** Marcar cuando la persona da historia de un presunto resultado "reactivo" o que tenga dudas del resultado obtenido en su última Autoprueba individual NO asistida realizada.
13. **Solicitud de trabajo/estudio:** Se debe marcar esta opción si la persona expresa que la prueba se la han solicitado en el lugar de trabajo actual o es parte de los requisitos para optar a un trabajo; también se debe marcar si las solicitudes de la prueba son por motivo de estudio, seguros médicos, contrataciones bancarias, entre otros. **Se debe anotar el nombre de la institución o empresa que solicite la prueba en el espacio "Nombre de la empresa/institución que solicita la prueba".**
14. **Investigación epidemiológica:** se debe marcar esta opción si la persona quien se realiza la prueba de VIH esta participando de forma voluntaria en una investigación epidemiológica.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Apartado V. Población meta



CAMPO OBLIGATORIO, marcar una categoría según corresponda, priorizando la población de **interés programático.**

1. **Adolescentes:** Marcar en el caso de realizar la prueba a personas cuya edad esta entre los doce años hasta el día que cumple dieciocho años.
2. **Hombres de alta prevalencia:** Marcar en el caso de realizar prueba a personas que en nuestro país están dentro de la prevalencia en VIH entre 10 a 16.2 por 100, 000 habitantes.
3. **Trabajador (a) del sexo (TS):** Marcar en el caso de realizar la prueba a persona en pleno ejercicio de sus facultades que, sin coacción alguna de terceras personas para ejercer esta actividad, gana dinero u otra forma de retribución mediante el ofrecimiento de un servicio sexual.
4. **Embarazada:** Marcar en el caso de realizar la prueba a embarazada quien se realiza la prueba en el primer, segundo o tercer perfil.
   Nota 1: por ser una población priorizada para el sistema de salud, el SUMEVE tomará automáticamente el dato de esta población meta **si selecciona en la sección II Datos específicos de mujeres en edad reproductiva, si está embarazada.**
   Nota 2: El dato retrospectivo en el SUMEVE de población meta "Embarazada" consolidará las variables de 1.er 2.o y 3.er perfil durante el embarazo.
5. **Población Móvil:** Marcar en el caso de realizar la prueba a personas que se desplazan de un lugar a otro temporal, estacional o definitivamente por un conjunto de razones voluntarias o involuntarias.
6. **Privado de Libertad:** Marcar en el caso de realizar la prueba a persona que en el momento de la actividad esté "Detenido" en un centro de detención.
7. **Personas de alta prevalencia:** Marcar en el caso de indicar la prueba a persona en las que la prevalencia es arriba de 16.2 por 100, 000 habitantes.
8. **Población General:** Marcar en caso de indicar la prueba a personas que no entran en los grupos poblacionales antes mencionados.

Ejemplos de priorización al momento de marcar una población:

- *Una persona, trabajadora o trabajador sexual que se desplaza para ejercer su trabajo:*
  - *Si marca la población **"3. Trabajador (a) del sexo (TS)"** en el **Apartado V. Población meta**, priorizándola de interés programático; en el*
  - ***Apartado III. Identificación de** riesgos**,** debe marcar el ítem "**8. Población móvil"**.*
- *Una persona trabajadora sexual quien se realiza la prueba durante el segundo trimestre de embarazo:*
  - *Si marca la población **"4. Embarazada"** en el **Apartado V. Población meta**, priorizándola de interés programático; y la usuaria realiza trabajo sexual, en el*
  - ***Apartado III. Identificación de riesgos**, debe marcar la opción **"4. Realiza trabajo Sexual"** y reportar en el ítem **"17. ¿Ha tenido relaciones sexo-coitales a cambio de?"** según corresponda.*
- *Persona de alta prevalencia que ejerce trabajo sexual.*
  - *Si marca la población **"7. Persona de alta prevalencia"** en el **Apartado V. Población meta**, priorizándola de interés programático; y el o la usuario realiza trabajo sexual, en el*

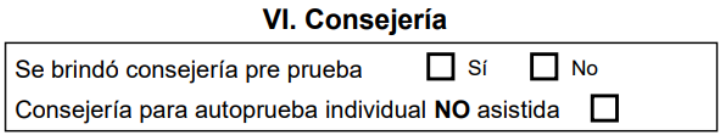
© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

- *Apartado III. Identificación de riesgos debe marcar el ítem **"4. Realiza trabajo Sexual"** y reportar en el ítem **"16. ¿Ha tenido relaciones sexo-coitales con?"** y **"17. ¿Ha tenido relaciones sexo-coital a cambio de?"** según corresponda.*

- *Persona privada de libertad que practica relaciones sexuales con Hombres de alta prevalencia*
  - *Si marca la población meta **"6. Persona privada de libertad"** en el Apartado V. Población meta, priorizándola de interés programático; en el Apartado III Identificación de riesgos, debe marcar el ítem **"16. ¿ha tenido relaciones sexo – coitales con? Hombres de alta prevalencia"**.*
- *Persona privada de libertad que este embarazada y se realice la prueba dentro de un Centro penal por su condición de embarazada*
  - *Si marca la población **"4. Embarazada"** en el Apartado V. Población meta priorizándola de interés programático; en el*
  - *Apartado III. Identificación de riesgos debe marcar la opción "6. Persona privada de libertad", no olvidar completar el **Apartado II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva**.*
- *Adolescente que este embarazada y se realice la prueba*
  - *Se priorizará en el Apartado V. Población meta la opción **"4. Embarazada"** de interés programático y debe llenar el Apartado II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva. No olvidar completar en el Apartado III. Identificación de riesgos el ítem **"14. Tipo de pareja sexual"** según corresponda, al momento del análisis de información se retomaría la población adolescente a partir de la edad registrada en los datos de identificación, y dependiendo del caso, se registra el ítem **15. Tipo de exposición al VIH, violación sexual"***
- *Embarazada con diagnóstico de tuberculosis y se realice la prueba*
  - *Se priorizará en el Apartado V. Población meta la opción **"4. Embarazada"** de interés programático y debe llenar el Apartado II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva.*
  - *No olvidar completar en el Apartado II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva.*

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Apartado VI. Consejería



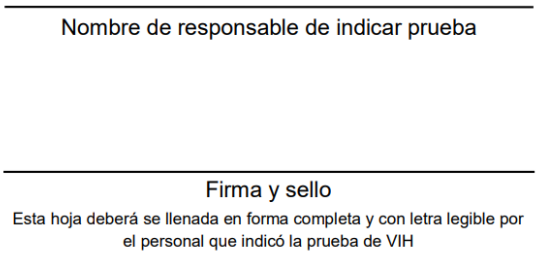
El llenado del Formulario FVIH-01 no sustituye la consejería, por lo que se debe realizar un abordaje integral que permita brindar la orientación al usuario de acuerdo con su perfil de riesgo, tomando en cuenta lineamientos vigentes.

Se brindó consejería preprueba: Se debe marcar "Si" en el caso de brindar la consejería antes de tomar la prueba, caso contrario marcar “No”.

Consejería para autoprueba individual NO asistida: Marcar cuando se brinde consejería para autoprueba individual NO asistida.

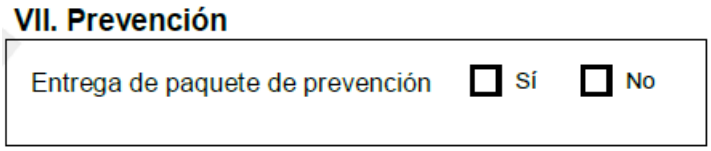
Nombre de responsable de indicar la prueba: Detallar nombre completo de la persona que índico la prueba.

Firma y sello: Se debe colocar la firma y el sello del responsable que indica la prueba de VIH. Colocar el sello donde se detalla el número según la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica u otra disciplina en caso de disponer de este.



Apartado VII. Prevención

El paquete de prevención contempla solamente cuando se ha provisto de condones masculinos, femeninos, lubricantes a base de agua, mascarillas y/o Alcohol gel**.**



Se entregó paquete de prevención: Marcar “Si” en caso de haber entregado paquete de prevención a Hombres de alta prevalencia y Personas de alta prevalencia, que se realiza la prueba, caso contrario, marcar “No”.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Orden de solicitud de examen – Desprendible

Se llenará con la misma información registrada en el *Apartado I. Datos de identificación.*

En caso de autoprueba, no se complementará este apartado.

ORDEN DE SOLICITUD DE EXAMEN

Establecimiento:_____ Fecha:_____/_____/_____

1° Nombre: _____ 1° Apellido: _____ DUI: _____

2° Nombre: _____ 2° Apellido: _____ Edad:_____ Sexo:_____

3° Nombre: _____ Apellido de casada: _____ Teléfono: _____

Conocido/a por (DUI): _____ Correo: _____

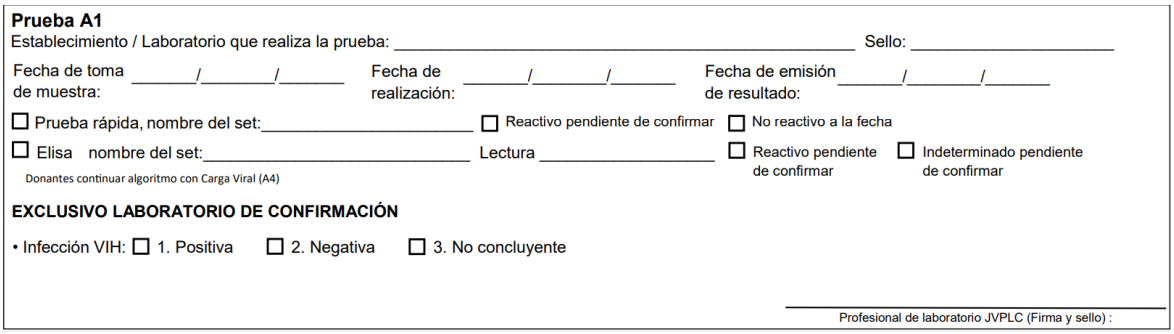
N.° expediente o N.° de afiliación: _____

_____ Nombre de responsable de indicar prueba

_____ Firma y Sello

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Sección B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico



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) :

Debe llenarse de forma completa por el profesional de laboratorio clínico con los siguientes datos:

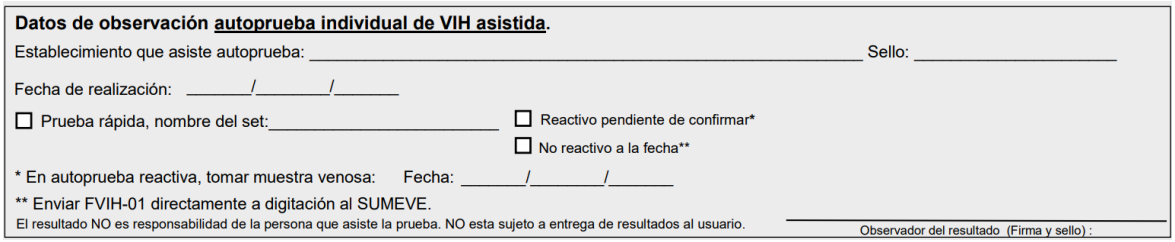
1. Nombre y sello del establecimiento o laboratorio que realiza la prueba.
2. Fechas: Fecha de toma de muestra, realización y de emisión de resultado,
3. Marcar el tipo de prueba realizado:
    a. Marcar si se ha utilizado prueba rápida y reportar el nombre del set seguido de los resultados.
    b. Marcar si se ha utilizado Elisa, para el caso de donantes y reportar el nombre del set seguido de los resultados. (Debe registrar la lectura D.O que se ha obtenido).
4. Colocar firma y sello del profesional de laboratorio clínico.

En caso de ser laboratorio de confirmación, marcar el estatus de la **infección VIH** según corresponda.

1. En sección B, prueba A1 llenar nombre y sello del establecimiento o laboratorio que realiza la prueba.
2. Fechas: Fecha de toma de muestra, realización y de emisión de resultado.
3. Marcar el tipo de prueba rápida y reportar el nombre del set utilizado, no requiere colocar resultado.
4. Realizar y reportar los resultados de las pruebas A2 y A3.
5. Reportar el estatus del paciente

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Sección C. Autoprueba individual de VIH asistida.



Datos de observación autoprueba individual de VIH asistida.

Establecimiento que asiste autoprueba: _____ Sello: _____

Fecha de realización: _____/_____/_____

☐ Prueba rápida, nombre del set:_____ ☐ Reactivo pendiente de confirmar*

☐ No reactivo a la fecha**

* En autoprueba 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) :

Debe llenarse de forma completa por la persona que observa y asiste al usuario en la realización de esta prueba, con los siguientes datos:

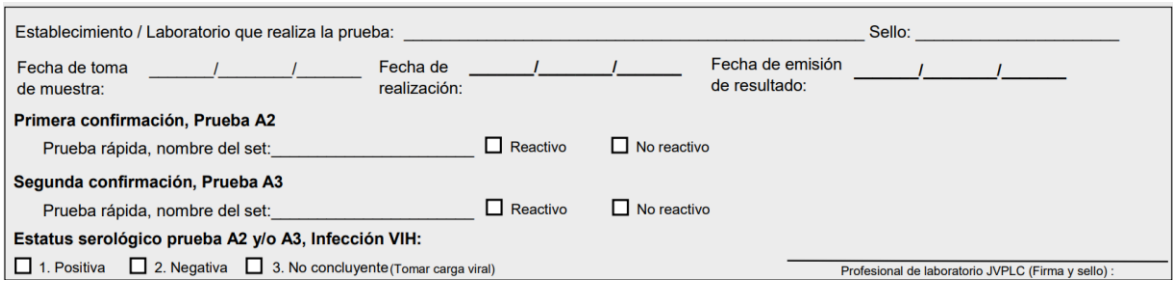
1. Nombre y sello del establecimiento responsable.
2. Fecha de realización de la autoprueba.
3. Nombre del set de la autoprueba utilizada y resultados de la prueba.
    a. *Si el resultado de la autoprueba ha sido reactiva, se debe marcar la casilla “reactivo pendiente de confirmar*”, tomar muestra venosa al paciente, anotar la fecha de la toma de muestra y enviar muestra junto con formulario FVIH-01 al laboratorio que realizará la confirmación según algoritmo diagnóstico vigente, en un tiempo máximo de 24 a 48 horas.
    b. **En caso contrario, se marca la casilla “No reactivo a la fecha**” y se envía el formulario FVIH-01 directamente para digitación al SUMEVE.
4. Firma y sello del observador de la autoprueba.

Según algoritmo diagnóstico para la autoprueba de VIH en la modalidad de autoprueba asistida, el proceso inicia con la consejería previa, consulta donde se llena el FVIH-01 y explicación para aclarar a la persona que, en caso de necesitar el resultado impreso, debe seguir el procedimiento normal, rutinario donde hay laboratorio. **De la autoprueba no se debe emitir resultado.**

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Sección D. Pruebas confirmatorias.

Primera y segunda confirmación – Pruebas A2 y A3.


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) :

Debe llenarse de forma completa por el profesional de laboratorio clínico con los siguientes datos:

1. Nombre y sello del establecimiento o laboratorio que realiza la prueba.
2. Fechas de toma de muestra, realización y de emisión de resultado.
3. Registrar nombre del set, y resultados (Reactivo o No reactivo) de la o las pruebas realizadas (A2 y/o A3)
4. Debe marcar “Estatus serológico A2 y/o A3 infección VIH” según sea el caso (Positivo, Negativo o No concluyente).
5. Colocar firma y sello del profesional de laboratorio clínico en el espacio correspondiente.

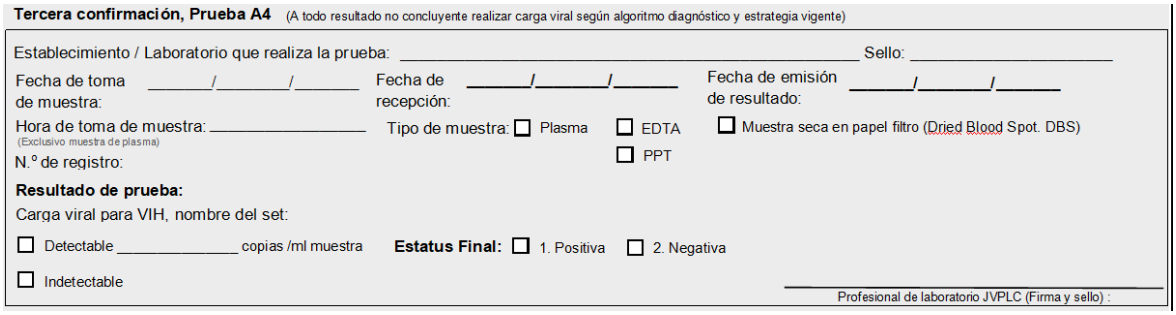
En el caso de:

1. Laboratorio de confirmación **con** expediente electrónico, no llenar el FVIH-01B y completar en FVIH-01 la sección *B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico* prueba A1 y sección *D. Pruebas confirmatorias* prueba A2 y A3 según corresponda y enviar a su digitación al SUMEVE.
2. Laboratorio de confirmación **sin** expediente electrónico, debe llenar el FVIH-01B (blanco y verde) continuando su flujo regular vigente.
3. Laboratorio habilitado para realizar solamente prueba A1 con resultado reactivo, debe llenar el FVIH-01B (completo) y enviar muestra con FVIH-01B (rosado y amarillo) al laboratorio de confirmación y el FVIH-01 junto con FVIH-01B (verde) al digitador SUMEVE en un tiempo máximo de 24 a 48 horas.
    a. Laboratorio de confirmación tiene 24 horas para emitir resultado a partir de la recepción de la muestra y enviar FVIH-01B (rosada) al digitador para el registro en SUMEVE.

Nota: En el resultado no concluyente se debe tomar muestra para carga viral.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Tercera confirmación – Prueba A4.



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: _____ (Exclusivo muestra de plasma) Tipo de muestra: ☐ Plasma ☐ EDTA ☐ PPT ☐ Muestra seca en papel filtro (Dried Blood Spot. DBS)

N.° de registro:

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) :

Debe llenarse de forma completa por el profesional de laboratorio clínico con los siguientes datos:

Laboratorio que envía la muestra

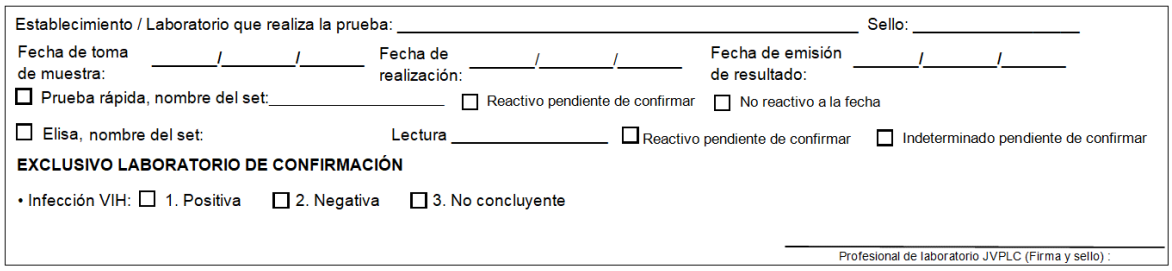
1. Nombre y sello del establecimiento/laboratorio responsable de realizar la prueba de carga viral.
2. Fecha de toma de muestra.
3. Hora de toma de muestra (especificar horas y minutos, exclusivamente para muestras en plasma)
4. El tipo de muestra,
    a. Si es muestra Plasma, se debe marcar esta opción, marcar de la misma forma si es “EDTA” o “PPT”.
    b. Si la muestra es seca, se marca la opción “Muestra seca en papel filtro (Dried Blood Spot. DBS)”.

Laboratorio que recibe la muestra

5. Llena la fecha de recepción y número de registro de la muestra
6. Llenar el nombre del set y al procesar los resultados de la prueba de carga viral:
    a. Marcar la casilla “Detectable” registrando el número total de copias/ml.
    b. Caso contrario marcar “Indetectable”.
7. Estatus final: marcar la casilla como “Positiva” o “Negativa” según la interpretación del resultado de la carga viral y las otras pruebas del algoritmo realizadas.
8. Firma y sello del profesional de laboratorio clínico.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Exámenes que fundamentan el diagnóstico – Desprendible


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) :

Debe llenarse de forma completa por el profesional de laboratorio clínico con los siguientes datos:

1. Nombre y sello del establecimiento o laboratorio que realiza la prueba.
2. Fechas: Fecha de toma de muestra, realización y de emisión de resultado,
3. Marcar el tipo de prueba realizado:
    a. Marcar si se ha utilizado prueba rápida y reportar el nombre del set seguido de los resultados.
    b. Marcar si se ha utilizado Elisa, para el caso de donantes y reportar el nombre del set seguido de los resultados. (Debe registrar la lectura D.O que se ha obtenido).
4. Colocar firma y sello del profesional de laboratorio clínico.

En caso de ser laboratorio de confirmación, marcar el estatus de la **infección VIH** según corresponda
Se llenará independientemente del resultado, para ser entregado al usuario(a) por parte del personal encargado de la consejería post prueba, excluyendo en autoprueba asistida.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Flujo de información del FVIH-01

Atención regular

Prueba de VIH No reactiva

1. Completar el FVIH-01 sección A y Orden de solicitud de examen (Lado anterior).
   Responsable: Personal que indica la prueba.
2. Enviar el FVIH-01 junto con el paciente a toma de muestra al laboratorio o enviar los FVIH-01 junto con muestras tomadas al laboratorio que realizará el análisis.
   Responsable: Dependerá de cada establecimiento y redes de atención.
3. Aplicar criterios de aceptación de muestra, si hay errores en el llenado del FVIH01, corregir con lapicero rojo asegurando que la información sea la misma en todos los formularios.
   Responsable: Personal de laboratorio.
4. Registrar con base al FVIH-01 el FVIH-03 “Libro de Registro diario” a excepción de los donantes.
   Responsable: Personal de laboratorio.
5. Llenar sección B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico, Prueba A1. Resultado No reactivo a la fecha.
   Responsable: Personal de laboratorio clínico
6. Completar “Exámenes que fundamentan el diagnóstico (desprendible)” con resultado de examen y entregar al responsable de brindar la post consejería o responsable del programa de VIH.
   Responsable: Personal de laboratorio clínico.
7. Enviar a digitación el FVIH-01 parte superior con sección A y B completas, según capacidad instalada.
   Responsable: Personal de laboratorio clínico.
8. Tabular las pruebas realizadas en el FVIH-03 “Informe mensual consolidado” y enviar a digitador SUMEVE el tercer día hábil de cada mes.
9. Ingreso de información al SUMEVE
   a. FVIH-01 con todos los resultados en un máximo de 30 días calendario.
   b. FVIH03 dentro de los primeros 5 días hábiles del mes.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Flujo de información del FVIH-01

"Atención regular"

Prueba de VIH Reactiva o Indeterminada

1. Completar el FVIH-01 sección A y Orden de solicitud de examen (Lado anterior).
   Responsable: Personal que indica la prueba.
2. Enviar el FVIH-01 junto con el paciente a toma de muestra al laboratorio o enviar los FVIH-01 junto con muestras tomadas al laboratorio que realizará el análisis.
   Responsable: Dependerá de cada establecimiento y redes de atención.
3. Aplicar criterios de aceptación de muestra, si hay errores en el llenado del FVIH01, corregir con lapicero rojo asegurando que la información sea la misma en todos los formularios.
   Responsable: Personal de laboratorio.
4. Registrar con base al FVIH-01 el FVIH-03 "Libro de registro diario" incluyendo donantes.
   Responsable: Personal de laboratorio.
5. Llenar sección B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico, Prueba A1. resultado reactivo o indeterminado:
   a. Laboratorio de confirmación con expediente electrónico, exime el llenado del FVIH-01B y debe **c**ompletar la FVIH-01 sección D. Pruebas confirmatorias, prueba A2 y/o A3 según corresponda**.**
   b. Laboratorio habilitado solamente para Prueba A1, cuenten o no con expediente electrónico, debe llenar el FVIH-01B siguiendo flujo regular vigente.
      i. Enviar la parte superior FVIH – 01 a digitación en un máximo de 24 a 48 horas.
      ii. Estar pendiente de resultado de confirmación del algoritmo para registrarlo en el FVIH-03 "Libro de registro diario".
6. Tabular las pruebas realizadas en el FVIH-03 "Informe mensual consolidado" y enviar a digitador SUMEVE el tercer día hábil de cada mes.
   Responsable: Personal de laboratorio.
10. Ingreso de información al SUMEVE
    a. FVIH-01 y FVIH-01B con todos los resultados en un máximo de 24 horas a partir de la recepción de las boletas.
    b. FVIH03 dentro de los primeros 5 días hábiles del mes.

    Responsable: Digitador SUMEVE.

El personal de laboratorio debe completar "Exámenes que fundamentan el diagnóstico (desprendible) con resultado de examen y entregar al responsable de la post consejería o responsable del programa de VIH para que se pueda dar al paciente el resultado preliminar, en el caso de embarazadas o pacientes ya confirmados, que el responsable pueda además referirles a clínica de atención integral para inicio de tratamiento según valoración médica.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Flujo información del FVIH-01

Autopruebas

Existen dos modalidades: 1- Autoprueba individual de VIH asistida y 2- Autoprueba individual de VIH **NO** asistida. Independientemente cual sea, se debe llenar FVIH-01 sección A, para registrar la consejería preprueba de VIH brindada y los datos epidemiológicos del solicitante, esta oferta de prueba se debe realizar en establecimientos sin laboratorio clínico.

A toda persona que se ofrezca o solicite la autoprueba de debe dar a conocer las modalidades de autoprueba, explicar la metodología a utilizar en la autoprueba, aclarar que no se entregará resultado y entregar el material educativo respectivo.

Autoprueba individual de VIH asistida

1. Completar el FVIH-01 sección A (Lado anterior) y no completar la Orden de solicitud de examen.
   Responsable: Personal que indica la prueba.
2. Llenar y firmar la sección C. Autoprueba individual de VIH asistida, independientemente el resultado de la autoprueba observada.

Resultado **No reactivo a la fecha**:

i. Enviar a digitación el FVIH-01 sección A y C completas, según capacidad instalada.

Responsable: Observador de la prueba individual asistida.

Resultado **Reactivo pendiente de confirmar**:

i. Enviar FVIH-01 con sección A y C completas, junto con muestra venosa en un periodo máximo de 24 a 48 horas a laboratorio para confirmación.

Responsable: Observador de la prueba individual asistida.

Autoprueba individual de VIH asistida en laboratorio de confirmación:

ii. Aplicar criterios de aceptación de muestra, si hay errores en el llenado del FVIH01, corregir con lapicero rojo asegurando que la información sea la misma en todos los formularios.
iii. Registrar con base al FVIH-01 el FVIH-03 “Libro de registro diario” e identificar como muestra referida.
iv. Llenar la sección D, pruebas confirmatorias con base a resultados.
v. Llenar y firmar la parte inferior del formulario FVIH – 01 pruebas que fundamentan el diagnóstico.
vi. Retornar desprendible con el resultado a establecimiento de referencia en un periodo máximo de 24 horas a partir de la recepción de la muestra.
vii. Enviar el FVIH – 01 a digitación para su registro en el sistema.

Responsable: Personal de Laboratorio Clínico.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

3. Ingreso de información al SUMEVE
    a. FVIH-01 con resultados reactivos en un máximo de 24 horas a partir de la recepción de las boletas.
    b. FVIH-01 con resultados no reactivos en un máximo de 30 días calendario.
    c. FVIH03 dentro de los primeros 5 días hábiles del mes.

    Responsable: Digitador SUMEVE.

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

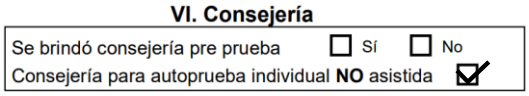
Flujo información del FVIH-01

Autopruebas

Autoprueba individual de VIH NO asistida

1. Llenar FVIH-01 sección A (Lado anterior, parte superior).
    a. Marcar en apartado ***VI. Consejería*** se brindó ***Consejería para autoprueba No asistida.***

2. Enviar FVIH-01 al centro de acopio para digitación.
   Responsable: Personal que indica la prueba.



Casos especiales:

a. En el caso de persona con historia de **autoprueba individual NO asistida previa**, con presunto resultado **reactivo**, que desee realizarse la prueba de VIH, debe seguir el proceso de **"Atención regular",** marcando en el apartado ***IV. Motivo de solicitud de examen el*** literal 12. ***Autoprueba individual NO asistida "reactiva".***

Nota: el SUMEVE capta el dato de autopruebas NO asistidas realizadas a partir de los FVIH-01 con marca en **"Consejería para autoprueba NO asistida".**

© Instructivo para el correcto llenado Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba (FVIH-01) v5 – Junio 2024

Instructivo para el correcto llenado del "Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y reporte de consejería preprueba" FVIH-01

GOBIERNO DE EL SALVADOR

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.° expediente o N.° de afiliación: _____

Categoría de afiliación: ☐ Cotizante ☐ Pensionado ☐ VG ☐ Beneficiario ☐ Cesante ☐ ISBM ☐ COSAM

I. Datos de identificación

Modalidad: ☐ Ambulatoria ☐ Hospitalaria ☐ Extramural

N.° DUI/CUN: _____ N.° CUI: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ (dd / mm / aa) Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

1.er Nombre: _____ 1.er Apellido: _____

2.° Nombre: _____ 2.° Apellido: _____ Edad: Años_____ Meses_____ Días_____

3.er Nombre: _____ Apellido de casada: _____ Nacionalidad: _____

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: _____

Estado civil
- ☐ 1.Soltero (a)
- ☐ 2.Casado (a)
- ☐ 3.Viudo (a)
- ☐ 4.No aplica

Educación
Alfabeta: ☐ Sí ☐ No
- ☐ 1.Ninguna
- ☐ 2.Básica
- ☐ 3.Bachillerato
- ☐ 4.Técnica
- ☐ 5.Universitaria

Ocupación
- ☐ 1.Desempleado
- ☐ 2.Ama de casa
- ☐ 3.Estudiante
- ☐ 4.Jubilado/Pensionado
- ☐ 5.Empleado informal
- ☐ 6.Empleado formal
- ☐ 7.Agricultor
- ☐ 8.Comerciante
- ☐ 9.Cuerpo uniformado
- ☐ 10.No aplica
- ☐ 11.Otro, especifique _____

Discapacidad
- ☐ 1.Física
- ☐ 2.Visual
- ☐ 3.Auditiva
- ☐ 4.Mental
- ☐ 5.Intelectual
- ☐ 6.Ninguna

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.er Perfil ☐ 2.° Perfil ☐ 3.er Perfil

☐ Trabajo de parto ☐ Post parto

Brindando lactancia: ☐ Sí ☐ No

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 ☐ Persona de alta prevalencia

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

IV. Motivo de solicitud de examen

- ☐ 1.Donante
- ☐ 2. Atención preconcepcional
- ☐ 3. Atención prenatal, parto, puerperio y lactancia
- ☐ 4. Exposición perinatal
- ☐ 5. Profilaxis Post Exposición (PPE)
- ☐ 6. Profilaxis Pre Exposición (PrEP)
- ☐ 7. Paciente con tuberculosis
- ☐ 8. Otras ITS
- ☐ 9. Tamizaje
- ☐ 10. Estrategias NAC/NAP
- ☐ 11. Solicitud voluntaria
- ☐ 12. Autoprueba individual **NO** asistida "reactiva"
- ☐ 13. Solicitud de trabajo/estudio
  Nombre de empresa/institución que solicita: _____
- ☐ 14. Investigación epidemiológica

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.Persona de alta prevalencia
- ☐ 8.Población general

_____
Nombre de responsable de indicar prueba

_____
Firma y sello

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

VI. Consejería

Se brindó consejería pre prueba ☐ Sí ☐ No

Consejería para autoprueba individual **NO** asistida ☐

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. Titulo III, Capitulo III. Vigilancia epidemiológica Art. 30.

ORDEN DE SOLICITUD DE EXAMEN

Establecimiento: _____ Fecha: ____/____/____

1° Nombre: _____ 1° Apellido: _____ DUI: _____

2° Nombre: _____ 2° Apellido: _____ Edad: _____ Sexo: _____

3° Nombre: _____ Apellido de casada: _____ Teléfono: _____

Conocido/a por (DUI): _____ Correo: _____

N.° expediente o N.° de afiliación: _____

_____
Nombre de responsable de indicar prueba

_____
Firma y Sello

© Ministerio de Salud

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. Autoprueba individual de VIH asistida — Uso exclusivo para personal que asiste la autoprueba

Datos de observación autoprueba individual de VIH asistida.

Establecimiento que asiste autoprueba: _____ Sello: _____

Fecha de realización: _____/_____/_____

☐ Prueba rápida, nombre del set:_____ ☐ Reactivo pendiente de confirmar*

☐ No reactivo a la fecha**

* En autoprueba 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:_____ (Exclusivo muestra de plasma) Tipo de muestra: ☐ Plasma ☐ EDTA ☐ PPT ☐ Muestra seca en papel filtro (Dried Blood Spot. DBS)

N.º de registro:_____

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) :

© Ministerio de Salud