**Hoja de registro del servicio de salud para la PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PrEP)**

**N.º de registro para la PrEP:**

|  |
| --- |
| **A. Información sobre el servicio de salud** |
| Nombre del servicio de salud | Distrito | Médico/equipo del distrito  |
| Fecha de la primera consulta del cliente *(dd/mm/aa)* \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ | Persona que completó el formulario  |
| **B. Datos demográficos del paciente**  |
| Primer nombre | Segundo nombre  | Apellido(s) |
| Dirección del domicilio  | Teléfono |
| Fecha de nacimiento *(dd/mm/aa)* \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | Documento de Identificación Personal (DPI) |
| Fecha de la última prueba de VIH: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ *(dd/mm/aa)* Último resultado de TFGe:\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_*(dd/mm/aa)* | Estado civil □ Soltero □ Casado □ Divorciado  □ Viudo □ Separado □ No responde  |

|  |
| --- |
| **C. Clasificación de riesgos relativos al sexo y al consumo de drogas por vía intravenosa** |
| 1. **¿Se identifica como hombre, mujer, persona transgénero u otro?**

 □ Hombre □ Mujer □ Transgénero (masculino a femenino): MAF□ Transgénero (femenino a masculino): FAM□ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ No responde  | 1. **¿Cuál fue su sexo al nacer?**

 □ Hombre □ Mujer □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ No responde  |
| 1. **Mantiene relaciones sexuales con:**
 | □ Solo hombres □ Solo mujeres □ Hombres y mujeres □ No responde  |
| 1. **¿Ha sido la prestación de servicios sexuales su principal fuente de ingresos\* en los últimos seis meses?**
 | □ Sí □ No□ No responde |
|  *\*Marcar NO si los ingresos correspondientes a la prestación de servicios sexuales constituyen menos de la mitad del total (50%).* |
| 1. **¿Se ha inyectado drogas ilícitas o ilegales en los últimos seis meses?**
 | □ Sí □ No□ No responde |

|  |
| --- |
| D. Clasificación de los grupos poblacionales clave (*cada individuo puede pertenecer a más de una categoría*) |
| Si el cliente responde “Hombre” en la P1 y “Sólo hombres” u “Hombres y mujeres” en la P3, clasifíquelo como HSH | □ |
| Si el cliente responde “Transgénero MAF” o “FAM” en la P1, clasifíquelo como transgénero (TG [controle comparando con la P2]) | □ |
| Si el cliente responde “Sí” en la P4 (servicios sexuales como principal fuente de ingresos), clasifíquelo como trabajador sexual (TS) | □ |
| Si el cliente responde “Sí” en la P5 (consumo de drogas intravenosas), clasifíquelo como UDI | □ |
| Clasificación final: (*marcar TODAS\* las que correspondan*) □ Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres (HSH) □ Transgénero (TG) □ Trabajador sexual (TS) □ Usuario de drogas intravenosas (UDI) \*Puede haber pacientes que pertenezcan a más de una categoría debido a la superposición de conductas de riesgo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **E. Embarazo y lactancia**  | **F. Análisis clínicos de referencia:**  |
| **¿La cliente está actualmente embarazada?** □ Sí □ No **¿La cliente es actualmente una madre lactante?** □ Sí □ No  | Creatinina ( TFGe) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **G. Vacunación, tratamiento y pruebas de la hepatitis B**  |
| **Fecha de la prueba del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg)** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ *(dd/mm/aa)* | **Resultado de la prueba:** □ Negativo □ Positivo □ No realizada  |
| **En caso de ser positivo, ¿el paciente sigue algún tratamiento?** □ Sí □ No □ No sabe  | **En caso de ser negativo, señale las fechas de vacunación contra el VHB proporcionadas:** *(dd/mm/aa)* 1) \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **H. Infecciones de transmisión sexual (ITS)**  |
| **Fecha de la prueba de VDRL/sífilis:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ *(dd/mm/aa)* **Resultado:** □ Negativo □ Positivo □ No realizada □ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha de la prueba de detección de las ITS \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_** *(dd/mm/aa)***Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Diagnóstico sindrómico de las ITS** *(seleccionar todos los que correspondan)*:U: secreción uretral; G: úlceras genitales; V: flujo vaginal; H: dolor en la región baja del abdomen; E: inflamación del escroto; I: bubón inguinal; O: otros (especificar)**Diagnóstico etiológico de las ITS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****En caso de diagnóstico de las ITS, indique la fecha de inicio del tratamiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ *(dd/mm/aa)* |

|  |
| --- |
| **I. Inicio del tratamiento de la PrEP** |
| **Fecha de inicio de la PrEP**  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aa) |
| **PrEP(ARV) prescrita**  | □ TDF/FTC □ TDF/3TC □ TDF □ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PrEP suspendida**  | **Fecha de la suspensión:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aa) |
| **Motivos de la interrupción de la PrEP:** □ Resultado positivo de la prueba del VIH □ Ya no está expuesto a riesgo significativo □ Efectos secundarios □ Decisión del paciente □ Otros (Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| **Estado del VIH al momento de la interrupción**: □ Negativo □ Positivo  □ Desconocido  |

**Consultas de seguimiento de la PrEP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha del seguimiento** *(dd/mm/aa)* | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| **Repetición de la prueba del VIH** *Resultado de la prueba:* *Pruebas utilizadas:* | □ Negativo □ Positivo  1.ra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmatorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Negativo □ Positivo  1.ra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmatorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Negativo □ Positivo  1.ra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmatorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Negativo □ Positivo  1.ra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmatorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Negativo □ Positivo  1.ra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmatorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Negativo □ Positivo  1.ra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmatorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Negativo □ Positivo  1.ra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmatorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |
| **Se consultó acerca de los signos y síntomas de infección aguda por el VIH?** | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No |
| **Efectos secundarios** *(ver códigos)* |  |  |  |  |  |  |  |
| **TFGe estimada** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nueva ITS diagnosticada?** | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No | □ Sí□ No |
| **Adherencia al uso del medicamento: cantidad de comprimidos omitidos en la última semana/7 días** | □ Más de 2 comprimidos□ Menos de 2 comprimidos□ No sabe | □ Más de 2 comprimidos□ Menos de 2 comprimidos□ No sabe | □ Más de 2 comprimidos□ Menos de 2 comprimidos□ No sabe | □ Más de 2 comprimidos□ Menos de 2 comprimidos□ No sabe | □ Más de 2 comprimidos□ Menos de 2 comprimidos□ No sabe | □ Más de 2 comprimidos□ Menos de 2 comprimidos□ No sabe | □ Más de 2 comprimidos□ Menos de 2 comprimidos□ No sabe |
| **Se ha brindado asesoramiento sobre la adherencia al tratamiento** *(marcar con una tilde)* | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| **Se ha brindado asesoramiento sobre la reducción de riesgos**  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| **Se han entregado condones**  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| **Está actualmente embarazada o es una madre lactante**  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| **Repetición de la PrEP prescrita:** *ARV prescritos (marcar con una tilde)**Cantidad de comprimidos*  | □ TDF/FTC □ TDF/3TC□ TDFNro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC □ TDF/3TC□ TDFNro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC □ TDF/3TC□ TDFNro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC □ TDF/3TC□ TDFNro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC □ TDF/3TC□ TDFNro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC □ TDF/3TC□ TDFNro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC □ TDF/3TC□ TDFNro. de comprimidos: \_\_ |
| **Fecha de la próxima consulta programada** *(dd/mm/aa)* | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| **Observaciones:** |  |  |  |  |  |  |  |

**Efectos secundarios**: **A** = dolor abdominal; **S** = sarpullido; **Nau** = náuseas; **V** =vómitos; D: diarrea; **F** = fatiga; **C** = cefaleas; **L** = agrandamiento de ganglios linfáticos; **R** = fiebre; **O** = otros (especificar)