**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  □ TDF  Nro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  Nro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  Nro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  Nro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  Nro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  Nro. de comprimidos: \_\_ | □ TDF/FTC  □ TDF/3TC  □ TDF  Nro. 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)