**Evaluación de profilaxis previa a la exposición (PrEP) para riesgos considerables y elegibilidad**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Información del centro** | |
| Nombre del centro | |
| Fecha de la visita inicial del usuario  *(dd/mm/aaaa)* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | Persona que completa el formulario |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Información del usuario** | | |
| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| Dirección | N.º de teléfono | |
| Número de identificación del usuario |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Datos demográficos del usuario** | |
| **¿Cuál fue su sexo al nacer?** | Masculino  Femenino  Otro*(especifique):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sin respuesta |
| **¿Cuál es su identidad de género?** | Masculino  Femenino   Transgénero *(masculino a femenino)*  Transgénero *(femenino a masculino)*  Otro *(especifique):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sin respuesta |
| **¿Cuál es su edad?** *(Especifique el número de años).* | *\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Evaluación de riesgos considerables de infección por VIH** | | |
| **El usuario está en riesgo considerable si pertenece a las categorías** ➊, ➋, **o** ➌*inferior* | | **Preguntas para proveedores** |
| ➊ **Si el usuario es sexualmente activo en una población con alta prevalencia de VIH, ADEMÁS, informa CUALQUIERA de las siguientes opciones en los últimos seis meses** | | ¿Ha llevado una vida sexual activa en los últimos seis meses? |
| Informa relaciones sexuales vaginales o anales sin condones con más de una pareja. | | En los últimos seis meses, ¿con cuántas personas tuvo relaciones sexuales vaginales o anales?  En los últimos seis meses, ¿usó condones de forma constante durante las relaciones sexuales? |
| Tiene una pareja sexual con uno o más riesgos de VIH: | | En los últimos seis meses, ¿ha tenido una pareja sexual que:   * ¿Vive con VIH? * ¿Se inyecta drogas? * ¿Tiene relaciones sexuales con hombres? * ¿Es una persona transgénero? * ¿Es una trabajadora sexual? * ¿Tiene relaciones sexuales con varias parejas sin condones? |
| Historial de una infección de transmisión sexual (ITS) *según la autoevaluación, la prueba de laboratorio  y el tratamiento sindrómico de ITS* | | En los últimos seis meses, ¿ha tenido una ITS? |
| Historial de uso de profilaxis posterior a la   exposición (PEP) | | En los últimos seis meses, ¿ha tomado medicamentos de profilaxis posterior a la exposición (PEP) después de una exposición potencial al VIH? |
| ➋ **Si el usuario reporta un historial de uso compartido de material o equipo de inyección en los últimos seis meses**  Historial de uso compartido de material o equipo de inyección | | En los últimos seis meses, ¿ha compartido material de inyección con otras personas? |
| ➌ **Si el usuario informa tener una pareja sexual en los últimos seis meses que es VIH positivo Y que no ha recibido un tratamiento contra el VIH efectivo\*** (es decir, la pareja ha estado en tratamiento antirretroviral (TAR) durante menos de seis meses o tiene una adherencia inconsistente o desconocida)  Historial de pareja sexual VIH positivo sin tratamiento efectivo | | ¿Su pareja es VIH positivo?  ¿Está en TAR?  ¿Cuál fue el último resultado de carga viral? |
| **5. Elegibilidad de PrEP** | | |
| **El usuario es elegible si cumple con TODOS los criterios a continuación:** |  | |
| **VIH negativo** | **Fecha de prueba del usuario:** *(dd/mm/aaaa):* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Fecha en que el usuario recibió los resultados de la prueba:** *(dd/mm/aaaa):* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Resultado de la prueba:**  Negativo  Positivo *(Derive a atención médica de VIH.)*     No concluyente *(Realice otra prueba en 14 días).*  **Tipo de prueba utilizada:**  Determine  Unigold  ELISA  Otro *(especifique):* | |
| **En riesgo considerable de VIH** | Se marcó al menos un elemento/riesgo en la Sección 4 anteriormente | |
| **No tiene signos/síntomas de infección aguda por VIH** | Consulte la Sección n.º6 a continuación para confirmar que no hay exposición reciente al VIH | |
| **Tiene aclaramiento de creatinina (eTFG) >60 ml/min** | Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de la prueba de creatinina *(dd/mm/aaaa):*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| **Si se han marcado todas las casillas en la Sección 5, ofrezca PrEP.** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. Exposición reciente al VIH** | | | |
| *Pregunte al usuario:*  En las últimas 72 horas, ¿ha tenido relaciones sexuales sin condón con alguien cuyo estado de VIH es positivo o desconocido, o ha compartido equipo de inyección con alguien cuyo estado de VIH es positivo o desconocido para usted? | **Sí\*** | No | No sé |
| En los últimos 28 días, ¿ha tenido síntomas de resfriado o gripe, como fiebre, fatiga, dolor de garganta, dolor de cabeza o dolor o dolor muscular? | **Sí\*\*** | No | No sé |
| **\*** **Si el usuario informa una posible exposición al VIH en las últimas 72 horas, NO ofrezca PrEP. Siga los procedimientos del centro para seguir evaluando o derive a una evaluación para la profilaxis posterior a la exposición (PEP).**  **\*\*** **Si el usuario informa síntomas parecidos a la gripe u otros signos de infección aguda por VIH, NO ofrezca PrEP y realice más evaluaciones. Siga los procedimientos del centro para diagnosticar una infección aguda por VIH.** | | | |

|  |
| --- |
| **7. Servicios recibidos por el usuario** |
| **Se ofreció la PrEP.**   * **Se aceptó la PrEP.** * **Se rechazó la PrEP.** (*Si se rechaza, consulte* Motivos para rechazar la PrEP, *a continuación).*   **Fecha elegible** *(dd/mm/aaaa):*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Fecha de inicio***(dd/mm/aaaa):*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ *Se recomienda iniciar el mismo día.*  **Motivos para rechazar la PrEP** *(Marque todo lo que corresponda).*  **No hay necesidad de PrEP.**  **No desea tomar una medicación diaria.**  **Preocupación por los efectos secundarios.**  **Preocupación por lo que otros puedan pensar.**  **Preocupación por el tiempo requerido para el seguimiento en la clínica.**  **Preocupación por la seguridad de la medicación.**  **Preocupación sobre la efectividad de la medicación.**  **Otro** *(especifique):* |
| **Referido para evaluación de PEP** |
| **Referido para la prueba PCR/VIH Ag o realización de prueba de VIH de seguimiento (si hay sospecha de infección aguda por VIH)** |