**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)**  |