

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?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>): _____ <input type="checkbox"/> Sin respuesta	
¿Cuál es su identidad de género?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (<i>masculino a femenino</i>) <input type="checkbox"/> Transgénero (<i>femenino a masculino</i>) <input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>): _____ <input type="checkbox"/> Sin respuesta	
¿Cuál es su edad? (<i>Especifique el número de años</i>).	_____	
4. Evaluación de riesgos considerables de infección por VIH		
El usuario está en riesgo considerable si pertenece a las categorías 1 , 2 , o 3 inferior	Preguntas para proveedores	
1 Si el usuario es sexualmente activo en una población con alta prevalencia de VIH, ADEMÁS , informa CUALQUIERA de las siguientes opciones en los últimos <u>seis meses</u>	¿Ha llevado una vida sexual activa en los últimos seis meses?	
<input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> Tiene una pareja sexual con uno o más riesgos de VIH:	En los últimos seis meses, ¿ha tenido una pareja sexual que: <ul style="list-style-type: none"> • ¿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? 	
<input type="checkbox"/> Historial de una infección de transmisión sexual (ITS) según la autoevaluación, la prueba de laboratorio y el tratamiento sintomático de ITS	En los últimos seis meses, ¿ha tenido una ITS?	
<input type="checkbox"/> 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?	
2 Si el usuario reporta un historial de uso compartido de material o equipo de inyección en los últimos seis meses	En los últimos seis meses, ¿ha compartido material de inyección con otras personas?	
<input type="checkbox"/> Historial de uso compartido de material o equipo		

de inyección	
3 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) <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo (<i>Derive a atención médica de VIH.</i>) <input type="checkbox"/> No concluyente (<i>Realice otra prueba en 14 días.</i>) Tipo de prueba utilizada: <input type="checkbox"/> Determine <input type="checkbox"/> Unigold <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>):
<input type="checkbox"/> En riesgo considerable de VIH	Se marcó al menos un elemento/riesgo en la Sección 4 anteriormente
<input type="checkbox"/> No tiene signos/síntomas de infección aguda por VIH	Consulte la Sección n.º 6 a continuación para confirmar que no hay exposición reciente al VIH
<input type="checkbox"/> 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

<i>Pregunte al usuario:</i>			
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?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí**	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
<p>* 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).</p> <p>** 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.</p>			

7. Servicios recibidos por el usuario

<input type="checkbox"/> Se ofreció la PrEP. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se aceptó la PrEP. <input type="checkbox"/> Se rechazó la PrEP. (<i>Si se rechaza, consulte Motivos para rechazar la PrEP, a continuación.</i>)
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)