**Registro de los centros de profilaxis previa a la exposición (PrEP)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** *(dd/mm/aaaa)* | | **Persona que completa el formulario** | | | |
| **A. Información del centro** | | | | | |
| **Nombre del centro** | **Distrito** | | |  | |
| **Fecha de la visita inicial de evaluación del usuario de PrEP:** *(dd/mm/aaaa):* / / | | | | **Número de usuario de PrEP** *(si corresponde)* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B. Datos demográficos del usuario** | | |
| **Primer nombre:** | **Segundo nombre:** | **Apellido:** |
| **Dirección:** | **Teléfono:**  **Teléfono (alternativo):** | |
| **Fecha de nacimiento** *(dd/mm/aaaa)*\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **Edad** *(años)***:** | |
| **Número de identificación del usuario:** | **Estado civil:** ❑ Soltero ❑ Casado ❑ Divorciado ❑ Viudo ❑ Separado ❑ Sin respuesta | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C. Clasificación de riesgos principales de inyección de drogas y sexualidad** | | | |
| **1. ¿Se considera de género: masculino, femenino, transgénero u otro?**  ❑ Masculino  ❑ Femenino  ❑ Transgénero, de masculino a femenino (MTF)  ❑ Transgénero, de femenino a masculino (FTM)  ❑ Otro *(especifique):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ❑ Sin respuesta | | **2. ¿Cuál fue su sexo al nacer?**  ❑ Masculino  ❑ Femenino  ❑ Otro *(especifique):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ❑ Sin respuesta | |
| **3. ¿Tiene relaciones sexuales con:** | ❑ Solo hombres ❑ Solo mujeres ❑ Hombres y mujeres ❑ Sin respuesta | | |
| **4. ¿El intercambio de sexo ha sido su principal fuente de ingresos en los últimos seis meses?** | | | ❑ Sí ❑ No ❑ Sin respuesta |
| **5. En los últimos seis meses, ¿se ha inyectado drogas ilícitas o ilegales?** | | | ❑ Sí ❑ No ❑ Sin respuesta |
| **6. ¿Está en prisión?** | | | ❑ Sí ❑ No ❑ Sin respuesta |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D. Clasificación de población clave (un individuo puede pertenecer a más de una categoría) | | |  |
| Si el usuario responde "Masculino" a la pregunta 1 y responde "Solo hombres" u "Hombres y mujeres" a la pregunta 3, clasifique como hombre que tiene sexo con hombres (HSH) | | | ❑ |
| Si el usuario responde "Transgénero MTF" o "FTM" a la pregunta 1, clasifique como transgénero (TG) (verifique con la pregunta 2) | | | ❑ |
| Si el usuario responde "Sí" a la pregunta 4, clasifique como trabajador sexual (TS) | | | ❑ |
| Si el usuario responde "Sí" a la pregunta 5, clasifique como persona que se inyecta drogas (UDI) | | | ❑ |
| Si el usuario responde "Sí" a la pregunta 6, clasifique como persona en prisión (PPL) | | | ❑ |
| Si el usuario no es transgénero (TG) y responde "No" o "Sin respuesta" a las preguntas 3-7, clasifique como Ninguno | | | ❑ |
| Hombre que tiene sexo con hombres (HSH)  Transgénero (TG)  Trabajador sexual (TS)  Persona que se inyecta drogas (UDI)  Persona en prisión (PPL)  Otro *(especifique)*  Ninguno | **Clasificación final**:  (*Marque TODO lo que corresponda\**)  ❑ HSH  ❑ TG  ❑ TS  ❑ UDI  ❑ PPL  ❑ Otro *(especifique):\_\_\_\_\_\_\_*  ❑ Ninguno | *\*Algunos clientes pueden pertenecer a más de una categoría debido a la superposición de conductas de riesgo.* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **E. SI ES DE GÉNERO FEMENINO: Embarazo y lactancia** | **F. Pruebas de laboratorio de referencia** |
| **¿La usuaria está embarazada actualmente?** ❑ Sí ❑ No  **¿La clienta está dando de lactar actualmente?**❑ Sí ❑ No | Fecha de la última prueba de VIH *(dd/mm/aaaa):*\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Fecha de la prueba de creatinina *(dd/mm/aaaa):*\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ❑ No se realizó  Depuración de creatinina calculada (CrCl): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ No se realizó  Fecha de la depuración de creatinina (CrCl) *(dd/mm/aaaa):* / / |

|  |  |
| --- | --- |
| **G. Pruebas, vacunación y tratamiento de la hepatitis B** | |
| **Fecha de la prueba de HBsAg** *(dd/mm/aaaa):* / / | **Resultado de la prueba:** ❑ Negativo ❑ Positivo ❑ No se realizó |
| **Si es positivo, ¿el usuario está en tratamiento?** ❑ Sí ❑ No ❑ Desconocido | **Si es negativo, indique las fechas en que se proporcionó la vacuna contra el VHB** *(si están disponibles):* *(dd/mm/aaaa)*  1) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  3) / / ❑ No se realizó |

|  |
| --- |
| **H. Infecciones de transmisión sexual (ITS)** |
| **Fecha de evaluación de síntomas de ITS** *(dd/mm/aaaa):* **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** **Resultado** *(\*consulte los códigos)****:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ No se realizó  **\* Códigos de síntomas de ITS** *(seleccione todos los que correspondan)*: **U** = secreción uretral **G** = úlceras o lesiones genitales  **V** = secreción vaginal **I** = comezón **L** = dolor abdominal inferior *(sólo mujeres)* **S** = inflamación escrotal **B** = bubón en área inguinal **D** = disuria (dolor al orinar) **P** = relaciones sexuales dolorosas *(solo mujeres)* **O** = otro *(especifique)*  **Si hay un manejo sindrómico de ITS, indique el síndrome que se trata** *(\*\*consulte los códigos):* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ No se realizó  **\*\* Códigos de síndrome de ITS** *(seleccione todos los que correspondan)*: **GUS** = síndrome de úlcera genital **VDS** = síndrome de secreción vaginal **LAP**=dolor abdominal inferior **MUS** = síndrome de uretritis masculina. **SSW** = inflamación escrotal **O** = otro *(especifique)*  **Fecha de inicio del tratamiento de ITS** *(dd/mm/aaaa):* / / ❑ No se inició el tratamiento |

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Iniciación del tratamiento de PrEP** | |
| **Fecha de inicio de PrEP** | **Fecha de inicio** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **PrEP (TAR) prescrita** | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC ❑ TDF ❑ Otro *(especifique):* |
| **Suspensión de PrEP** | **Fecha de suspensión** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **Motivos para detener la PrEP:** ❑ Resultado de VIH+ ❑ Ya no corre un riesgo considerable ❑ Efectos secundarios ❑ Preferencia del usuario ❑ Resultado anormal de creatinina  ❑ Otro *(especifique):* |
| **Estado de VIH en el momento de la suspensión:** ❑ Negativo ❑ Positivo   ❑ Desconocido |
| **Reinicio de PrEP** | |
| **Fecha de reinicio de PrEP** | **Fecha de reinicio** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **PrEP (TAR) prescrita** | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC ❑ TDF ❑ Otro *(especifique)*: |
| **Suspensión de PrEP** | **Fecha de suspensión** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **Motivos para detener la PrEP:** ❑ Resultado de VIH+ ❑ Ya no corre un riesgo considerable  ❑ Efectos secundarios ❑ Preferencia del usuario  ❑ Resultado anormal de creatinina ❑ Otro *(especifique)*: |
| **Estado de VIH en el momento de la suspensión:** ❑ Negativo ❑ Positivo   ❑ Desconocido |

|  |  |
| --- | --- |
| **J. Transferencia de salida, muerte y pérdida de seguimiento** | |
| ❑ **Transferencia de salida (TO)** | **Fecha de TO** *(dd/mm/aaaa):* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **Nombre de la clínica de transferencia:** |
| **❑ Murió** | **Fecha de muerte** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **❑ Se perdió durante el seguimiento (LTFU)** | **Fecha de confirmación de LTFU** *(dd/mm/aaaa):* / / |

**Visitas de seguimiento de PrEP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de la visita** *(dd/mm/aaaa)* **(a partir de la visita de evaluación)** | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Prueba de VIH** Resultado de la prueba:  *Pruebas utilizadas:* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ No concluyente  *Primera:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ No concluyente  *Primera:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ No concluyente  *Primera:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ No concluyente  *Primera:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ No concluyente  *Primera:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ No concluyente  *Primera:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ No concluyente  *Primera:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **¿Signos y síntomas  de infección aguda por VIH?** | ❑ Sí  ❑ No | ❑ Sí  ❑ No | ❑ Sí  ❑ No | ❑ Sí  ❑ No | ❑ Sí  ❑ No | ❑ Sí  ❑ No | ❑ Sí  ❑ No |
| **Efectos secundarios de la PrEP**  (*consulte los códigos*; *inserte un guión si no hay efectos secundarios)* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cálculo de CrCl**  (*referencia y cada seis meses)* |  |  |  |  |  |  |  |
| **¿Adaptaciones y asesoramiento para la reducción de riesgos proporcionados?** (*marque si es afirmativo*) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Prescripción de PrEP**  *TAR prescritos (marque)* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Otro *(especifique):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Otro *(especifique):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Otro *(especifique):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Otro *(especifique):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Otro *(especifique):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Otro *(especifique):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Otro *(especifique):* |
| **Fecha de la próxima visita programada de PrEP** *(dd/mm/aaaa)* | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Notas adicionales** |  |  |  |  |  |  |  |

**CÓDIGOS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS**: **A** = dolor abdominal **S** = erupción cutánea **Nau** = náusea **V** = vómito **D** = diarrea **F** = fatiga **H** = dolor de cabeza **L** = ganglios linfáticos agrandados **R** = fiebre **O**= otros  
 **O** = otro *(especifique)*