**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 realizóDepuración 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)*