

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

Fecha (dd/mm/aaaa)	Persona que completa el formulario
<b>A. Información del centro</b>	
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>B. Datos demográficos del usuario</b>		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Dirección:	Teléfono:	
	Teléfono (alternativo):	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)     /     /	Edad (años):	
Número de identificación del usuario:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Sin respuesta	

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

<b>D. Clasificación de población clave (un individuo puede pertenecer a más de una categoría)</b>	
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)	<input type="checkbox"/>
Si el usuario responde "Transgénero MTF" o "FTM" a la pregunta 1, clasifique como transgénero (TG) (verifique con la pregunta 2)	<input type="checkbox"/>
Si el usuario responde "Sí" a la pregunta 4, clasifique como trabajador sexual (TS)	<input type="checkbox"/>
Si el usuario responde "Sí" a la pregunta 5, clasifique como persona que se inyecta drogas (UDI)	<input type="checkbox"/>
Si el usuario responde "Sí" a la pregunta 6, clasifique como persona en prisión (PPL)	<input type="checkbox"/>
Si el usuario no es transgénero (TG) y responde "No" o "Sin respuesta" a las preguntas 3-7, clasifique como Ninguno	<input type="checkbox"/>
<b>Hombre que tiene sexo con hombres (HSH)</b> <b>Transgénero (TG)</b> <b>Trabajador sexual (TS)</b> <b>Persona que se inyecta drogas (UDI)</b>	<b>Clasificación final:</b> <i>(Marque TODO lo que corresponda*)</i> <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> UDI

*\*Algunos clientes pueden pertenecer a más de una categoría debido a la superposición de conductas de riesgo.*

<b>Persona en prisión (PPL)</b> <b>Otro (especifique)</b> <b>Ninguno</b>	<input type="checkbox"/> PPL <input type="checkbox"/> Otro <i>(especifique):</i> _____ <input type="checkbox"/> Ninguno
<b>E. SI ES DE GÉNERO FEMENINO:</b> <b>Embarazo y lactancia</b>	<b>F. Pruebas de laboratorio de referencia</b>
¿La usuaria está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La clienta está dando de lactar actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la última prueba de VIH (dd/mm/aaaa): ____/____/____ Fecha de la prueba de creatinina (dd/mm/aaaa): ____/____/____ <input type="checkbox"/> No se realizó Depuración de creatinina calculada (CrCl): _____ <input type="checkbox"/> No se realizó Fecha de la depuración de creatinina (CrCl) (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____

<b>G. Pruebas, vacunación y tratamiento de la hepatitis B</b>	
Fecha de la prueba de HBsAg (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____	<b>Resultado de la prueba:</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No se realizó
Si es positivo, ¿el usuario está en tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>Si es negativo, indique las fechas en que se proporcionó la vacuna contra el VHB (si están disponibles): (dd/mm/aaaa)</b> 1) ____/____/____      2) ____/____/____ 3) ____/____/____ <input type="checkbox"/> No se realizó

<b>H. Infecciones de transmisión sexual (ITS)</b>	
Fecha de evaluación de síntomas de ITS (dd/mm/aaaa): ____/____/____ <b>Resultado (*consulte los códigos):</b> _____ <input type="checkbox"/> No se realizó	
* <b>Códigos de síntomas de ITS (seleccione todos los que correspondan):</b> 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 sintromico de ITS, indique el síndrome que se trata (**consulte los códigos): _____ <input type="checkbox"/> No se realizó	
** <b>Códigos de síndrome de ITS (seleccione todos los que correspondan):</b> 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): ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> No se inició el tratamiento	

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

	<b>Motivos para detener la PrEP:</b> <input type="checkbox"/> Resultado de VIH+ <input type="checkbox"/> Ya no corre un riesgo considerable <input type="checkbox"/> Efectos secundarios <input type="checkbox"/> Preferencia del usuario <input type="checkbox"/> Resultado anormal de creatinina <input type="checkbox"/> Otro ( <i>especifique</i> ):
	<b>Estado de VIH en el momento de la suspensión:</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Desconocido

J. Transferencia de salida, muerte y pérdida de seguimiento	
<input type="checkbox"/> Transferencia de salida (TO)	Fecha de TO ( <i>dd/mm/aaaa</i> ):    ___/___/_____ Nombre de la clínica de transferencia:
<input type="checkbox"/> Murió	Fecha de muerte ( <i>dd/mm/aaaa</i> ):    / /
<input type="checkbox"/> Se perdió durante el seguimiento (LTFU)	Fecha de confirmación de LTFU ( <i>dd/mm/aaaa</i> ):    / /