



**“COMMUNAL EUROPEAN REGISTRY”
ESTUDIO NONOPEP EUROPEO
FORMULARIO INICIAL**



A) INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE

A-1) Nombre y Apellidos: _____
Institución: _____
Cargo/Unidad: _____

A-2) Fecha de la consulta por exposición actual: / / HORA :

A-3) Lugar de atención al paciente:
1-Medicina interna, 2-Hospital de día, 3-Pediatría, 4- Clínica de ETS, 5-Medicina de urgencia,
6-Centro de diagnóstico alternativo, 7-Otra, especifíquela

B) CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA EXPUETA:

B-1) PACIENTE:
Código del registro europeo (3 primera letras del 1º apellido y del nombre) /
Código nacional _____

B-2) EDAD:

B-3) SEXO: Hombre Mujer Otra (especifíquela: _____)

B-4) PAIS de ORIGEN: _____

B-5) REMITIDO POR: El mismo Otro Doctor Otros (especifíquelo: _____)

C) CARACTERÍSTICAS DE LA EXPOSICIÓN:

C-1) NÚMERO DE EXPOSICIONES EN LOS 3 MESES PREVIOS (con o sin visita):
Excluida la exposición notificada en este formulario.

C-2) FECHA DE LA ULTIMA EXPOSICIÓN: / / ; HORA: :

C-3) TIPO DE EXPOSICIÓN:
C-3-a) EXPOSICIÓN SEXUAL:
C-3-a-1) Pareja: Estable Relación consentida con pareja no habitual conocida
Agresión sexual Relación consentida con pareja no habitual no conocida

C-3-a-2) Tipo de exposición sexual (desde el punto de vista del paciente):
Inserción anal Inserción vaginal
Recepción anal Recepción vaginal
Recepción oral Inserción oral
Otra (especifíquela _____)

C-3-a-3) Eyacuación: Si No

C-3-a-4) Uso de preservativo: Si No Se salió Se rompió

C-3-a-5) Factores de riesgo de la persona que solicita profilaxis: Si No
(Si la respuesta es SI especifíquela: úlceras genitales visibles, sangrado vaginal o anal, otra, _____)

C-3-b) EXPOSICIÓN PARENTERAL:

C-3-b-1) Compartir: Aguja Jeringa Otro material de inyección
C-3-b-2) Pinchazo accidental con aguja: Si No
(Si la respuesta es SI, especifíquela: agresión, aguja abandonada..., _____)

C-3-b-3) Otra característica:
Sangre visible en la aguja o jeringa: Si No
Tamaño de la herida: Superficial Moderada Profunda
(Superficial: *rasguño superficial sin sangrado*, Moderada: *herida penetrante con sangrado*, Profunda: *pinchazo profundo o mordedura con o sin sangrado*)

C-3-c) OTRA EXPOSICIÓN:
(Especifíquelas: _____)

D) INFORMACIÓN DE LA PERSONA FUENTE DE CONTAGIO:

Si hay más de una persona fuente en la misma exposición, considere aquella con mayor riesgo de transmisión)

D-1) SEXO: Masculino Femenino Desconocido Otra (precise _____)

D-2) SU GRUPO A RIESGO: IDU Homo/bisexual
Prostituta Desconocido

Su país de origen (si es un país de alta prevalencia de VIH) _____

Su pareja (si es de un grupo a riesgo), especifíquelo _____

D-3) SEROESTATUS DOCUMENTADO DE LA INFECCIÓN POR VIH:

Infectado No infectado Desconocido

Última Carga viral (resultados y fecha) _____ Últimos CD4 (resultados y fecha) _____

Asintomático Sintomático Terminal Desconocido

D-4) SEROESTATUS DOCUMENTADO VHC: Positivo Negativo Desconocido

D-5) SEROESTATUS DOCUMENTADO VHB: Positivo Negativo Desconocido

E) EVALUACIÓN DEL RIESGO (según la opinión del médico)

Alto riesgo Medio riesgo Bajo riesgo

F) TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:

F-1) ¿Profilaxis Antirretroviral (ARV) prescrita? Si No

F-2) ¿El paciente solicitó específicamente la terapia? Si No

En caso afirmativo, ¿como recibió información sobre PEP? _____

F-3) Consejo sobre terapia ARV: Muy recomendado Ofrecido Muy desaconsejado

Razones _____

F-4) ¿El paciente decide tomar la medicación? Si No

en caso negativo, razones _____

F-5) Otros criterios para prescribir la terapia ARV (test de resistencia, terapia de la persona fuente, interacción medicamentos, estado clínico, otra.... _____

F-6) Plan de la terapia antirretroviral prescrita:

Fármacos	Dosis	Dosis por día	Fecha de comienzo	Fecha de fin

Recuerde escribir las unidades de las determinaciones de laboratorio. Por favor, escriba claro, con letra mayúscula cuando sea necesario, y utilice el formato europeo para las fechas: día/mes/año.

Para más información , por favor contacte con el CEESCAT:

Dra Beatriz Marincovich tel: #34 93 497 89 48, ó Dr Jesús ALMEDA tel: #34 93 497 89 47

El formulario debe ser enviado en tres momentos: después de la primera visita, después del primer mes de seguimiento y después de 6 meses de seguimiento. Efectuar el envío por fax y por correo a esta dirección:

Dr Jordi CASABONA. EURO-NONOPEP REGISTRYCEESCAT. HOSPITALGERMANS TRIAS I PUJOLCARRETERA DE CANYET S/N . 08916 BADALONA

Número del Fax: #34 93 497 88 89

e-mail: nonopep@ceescat.hugtip.scs.es

Gracias por su colaboración.

FORMULARIO DE RESULTADOS DE LOS TESTS BIOLÓGICOS:

Los siguientes tests no son obligatorios, cada médico es libre de pedir y anotar sólo aquellos que considere relacionados con el cuidado del actual caso de profilaxis post exposición al VIH

Momento (Días)	Inicial	Alrededor 15 días	Alrededor 30 días	Otra fecha
Fecha				
Leucocitos				
Hematíes				
Hemoglobina				
Hematocrito				
Plaquetas				
Linfocitos				
AST				
ALT				
Gamma-GT				
Fosfatasas alcalinas				
Bilirrubina Total				
Creatinina				
Glicemia				
Amilasa				
Acido Úrico				
Triglicéridos				
Colesterol total				
Total CD4				
Total CD8				
HIV Ac				
Carga viral				
HBs Ag				
HBs Ac				
HCV Ac				
Test del embarazo				
Otros _____				

Síndrome de Primoinfección Agudo:

Si

No

En caso afirmativo, cuando se inició, y síntomas _____

¿Alguna exposición adicional al VIH desde la última visita?

Si No

Recuerde escribir las unidades de las determinaciones de laboratorio. Por favor, escriba claro, con letra mayúscula cuando sea necesario, y utilice el formato europeo para las fechas: día/mes/año.

Para más información, por favor contacte con el CEESCAT:

Dra Beatriz Marincovich tel: #34 93 497 89 48, ó Dr Jesús ALMEDA tel: #34 93 497 89 47

El formulario debe ser enviado en tres momentos: después de la primera visita, después del primer mes de seguimiento y después de 6 meses de seguimiento. Efectuar el envío por fax y por correo a esta dirección:

Dr Jordi CASABONA. EURO-NONOPEP REGISTRY. CEESCAT.

HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. CARRETERA DE CANYET S/N . 08916 BADALONA

Número del Fax: #34 93 497 88 89

e-mail: nonopep@ceescat.hugtip.scs.es

Gracias por su colaboración.

FORMULARIO DE RESULTADOS DE LOS TESTS BIOLÓGICOS:

Los siguientes tests no son obligatorios, cada médico es libre de pedir y anotar solo aquellos que considere relacionados con el cuidado del actual caso de profilaxis post exposición al VIH

Momento (Meses)	Inicial	Alrededor 3 meses	Alrededor 6 meses	Otra fecha
Fecha				
Leucocitos				
Hematíes				
Hemoglobina				
Hematocrito				
Plaquetas				
linfocitos				
AST				
ALT				
Gamma-GT				
Fosfatases alcalinas				
bilirrubina Total				
Creatinina				
Glicemia				
Amilasa				
Acido Úrico				
Triglicéridos				
Colesterol total				
Total CD4				
Total CD8				
HIV Ac				
Carga viral				
HBs Ag				
HBs Ac				
HCV Ac				
Test del embarazo				
Otros _____				

Síndrome de Primoinfección Agudo:

Si No

En caso afirmativo, cuando se inició, y síntomas _____

¿Alguna exposición adicional al VIH desde la última visita?

Si No

Recuerde escribir las unidades de las determinaciones de laboratorio. Por favor, escriba claro, con letra mayúscula cuando sea necesario, y utilice el formato europeo para las fechas: día/mes/año.

Para más información, por favor contacte con el CEESCAT:

Dra Beatriz Marincovich tel: #34 93 497 89 48, ó Dr Jesús ALMEDA tel: #34 93 497 89 47

El formulario debe ser enviado en tres momentos: después de la primera visita, después del primer mes de seguimiento y después de 6 meses de seguimiento. Efectuar el envío por fax y por correo a esta dirección:

Dr Jordi CASABONA. EURO-NONOPEP REGISTRY. CEESCAT.

HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. CARRETERA DE CANYET S/N . 08916 BADALONA

Número del Fax: #34 93 497 88 89

e-mail: nonopep@ceescat.hugtip.scs.es

Gracias por su colaboración.