



“REGISTRE EUROPEU COMUNITARI”

ESTUDI EUROPEU NONOPEP

FORMULARI INICIAL



A) INFORMACIÓ DEL NOTIFICADOR

- A-1) Nom i Cognoms: _____
 Institució: _____
 Càrrec/Unitat: _____
- A-2) Data de la consulta per a la exposició actual: / / HORA :
- A-3) Lloc en que es va atendre al pacient:
 1-Medicina interna, 2-Hospital de dia, 3-Pediatría, 4- Clínica de ETS, 5-Medicina de urgència,
 6-Centre de diagnòstic alternatiu, 7-Altres, especifiqueu-la

B) CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA EXPOSADA:

- B-1) PACIENT:
Codi del registre europeu (3 primeres lletres del 1^{er} cognom i del nom) /
 Codi nacional _____
- B-2) EDAT:
- B-3) SEXE: Home Dona Altre (especifiqueu-la: _____)
- B-4) PAIS de ORIGEN: _____
- B-5) remès por: el mateix Altre metge Altres (especifiqueu-lo: _____)

C) CARACTERÍSTIQUES DE LA EXPOSICIÓ:

- C-1) NÚMERO DE EXPOSICIONS ALS 3 ÚLTIMS MESOS (amb o sense visita):
Exclosa la exposició notificada en aquest formulari.
- C-2) DATA DE LA ÚLTIMA EXPOSICIÓ: / / ; HORA: :
- C-3) TIPUS DE EXPOSICIÓ:
- C-3-a) EXPOSICIÓ SEXUAL:
- C-3-a-1) Parella: Estable Relació consentida amb parella no habitual coneguda
 Agressió sexual Relació consentida amb parella no habitual no coneguda
- C-3-a-2) Tipus de exposició sexual (des de el punt de vista del pacient):
- | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Inserció anal | <input type="checkbox"/> | Inserció vaginal | <input type="checkbox"/> |
| Recepció anal | <input type="checkbox"/> | Recepció vaginal | <input type="checkbox"/> |
| Recepció oral | <input type="checkbox"/> | Inserció oral | <input type="checkbox"/> |
- Altres (especifiqueu-la: _____)
- C-3-a-3) Ejaculació: Si No
- C-3-a-4) Ús de preservatiu: Si No Es va sortir Es va trencar
- C-3-a-5) Factors de risc de la persona que demana profilaxi: Si No
 (Si la resposta es SÍ especifiqueu-la: úlceres genitals visibles, sagnat vaginal o anal, altre, _____)
- C-3-b) EXPOSICIÓ PARENTERAL:
- C-3-b-1) Compartir: Agulla Xeringa Altre material d'injecció
- C-3-b-2) Punxada accidental amb agulla: Si No
 (Si la resposta es SI, especifiqueu-la: agressió, agulla abandonada..., _____)
- C-3-b-3) Altre característica:
- Sang visible a la agulla o xeringa: Si No
- Grandària de la ferida: Superficial Moderada Profunda
 (Superficial: *esgarrapada superficial sense sagnat*, Moderada: *ferida penetrant amb sagnat*, Profunda: *punxada profunda o mossegada con o sense sagnat*)
- C-3-c) ALTRE EXPOSICIÓ: (Especifiqueu-les: _____)

D) INFORMACIÓ DE LA PERSONA FONT DE CONTAGI:

Si ni ha mes d' una persona font a la mateixa exposició, consideri aquella amb major risc de transmissió)

D-1) SEXE: Masculi Femeni Desconegut Altre (especifiqueu-lo _____)

D-2) GRUP AMB ACTIVITATS DE RISC:

Usuari de drogues per via parenteral

Homo/bisexual

Prostitució

Desconegut/da

País de origen (si es un país d'alta prevalença d'HIV) _____

Parella habitual (si pertany a un grup amb més activitats de risc), especifiqueu-lo _____

D-3) SEROESTATUS DOCUMENTAT DE LA INFECCIÓ PER L'HIV:

Infectat No infectat Desconegut/da

Última Càrrega viral (resultats i data) _____ Últims CD4 (resultats i data) _____

Asintomàtic Simptomàtic Terminal Desconegut/da

D-4) SEROESTATUS DOCUMENTAT VHC: Positiu Negatiu Desconegut/da

D-5) SEROESTATUS DOCUMENTAT VHB: Positiu Negatiu Desconegut/da

E) EVALUACIÓ DEL RISC (la opinió del metge):

Alt risc Risc mitjà Baix risc

F) TERÀPIA ANTIRETROVIRAL:

F-1) Profilaxi Antiretroviral (ARV) prescrita? Si No

F-2) El pacient va demanar específicament la teràpia? Si No

En cas afirmatiu, com va rebre la informació sobre PEP? _____

F-3) Consell sobre teràpia ARV: Molt recomanat Ofert Molt desaconsellat

Raóns _____

F-4) El pacient decideix prendre la medicació? Si No

en cas negatiu, expliqueu les raons _____

F-5) Altre criteris per a prescriure la teràpia ARV (test de resistència, teràpia de la persona font, interacció amb medicaments, estat clínic, altres.... _____

F-6) Pla de la teràpia antiretroviral prescrita:

Fàrmacs	Dosis	Dosis per dia	Data de començament	Data d'acabament

Recordeu escriure les unitats de les determinacions de laboratori. Sis plau, escriviu amb claredat, amb lletra majúscula quan sigui necessari, i utilitzeu el format europeu per a les dates: dia/mes/any.

Per a més informació, contacte sis plau amb el CEESCAT:

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

El formulari s'ha de enviar en tres moments: després de la primera visita, després del primer mes de seguiment i després de 6 mesos de seguiment. Feu l'enviament per fax i/o per correu a la següent adreça: Dr. Jordi CASABONA. EURO-NONOPEP REGISTRY. CEESCAT.

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

Gràcies per la seva col·laboració.

FORMULARI DE RESULTATS DE LES PROVES BIOLÒGIQUES:

Les següents proves no son obligatoris, cada metge es lliure de demanar i escriure sòls aquells que consideri relacionats amb la cura de l'actual cas de profilaxi pos- exposició a l'HIV.

Moment (Dies)	Inicial	Al voltant de 15 dies	Al voltant de 30 dies	Altres dates
Data				
Leucòcits				
Hematies				
Hemoglobina				
Hematòcrit				
Plaquetes				
Linfòcits				
AST				
ALT				
Gamma-GT				
Fosfatases alcalinas				
Bilirrubina Total				
Creatinina				
Glicemia				
Amilasa				
Àcid Úric				
Triglicèrids				
Colesterol total				
Total CD4				
Total CD8				
HIV Ac				
Càrrega viral				
HBs Ag				
HBs Ac				
HCV Ac				
Prova d'embaràs				
Altres _____				

Síndrome de Primo-infecció Aguda:

Si

No

En cas afirmatiu, quan va començar, i símptomes _____

Cap exposició addicional a l'HIV des de l'última visita?

Si

No

Recordeu escriure les unitats de les determinacions de laboratori. Sis plau, escriviu amb claredat, amb lletra majúscula quan sigui necessari, i utilitzeu el format europeu per a les dates: dia/mes/any. Per a més informació, contacte sis plau amb el CEESCAT:

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

El formulari s'ha de enviar **en tres moments**: després de la primera visita, després del primer mes de seguiment i després de 6 mesos de seguiment. Feu l'enviament per fax i/o per correu a la següent adreça:

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

Gràcies per la seva col·laboració.

FORMULARI DE RESULTATS DE LES PROVES BIOLÒGIQUES:

Les següents proves no son obligatoris, cada metge es lliure de demanar i escriure sòls aquells que consideri relacionats amb la cura de l'actual cas de profilaxi pos- exposició a l'HIV.

Moment (Dies)	Inicial	Al voltant de 3 mesos	Al voltant de 6 mesos	Altres dates
Data				
Leucòcits				
Hematies				
Hemoglobina				
Hematòcrit				
Plaquetes				
Linfòcits				
AST				
ALT				
Gamma-GT				
Fosfatases alcalinas				
Bilirrubina Total				
Creatinina				
Glicemia				
Amilasa				
Àcid Úric				
Triglicérids				
Colesterol total				
Total CD4				
Total CD8				
HIV Ac				
Càrrega viral				
HBs Ag				
HBs Ac				
HCV Ac				
Prova d'embaràs				
Altres _____				

Síndrome de Primo-infecció Aguda:

Si

No

En cas afirmatiu, quan va començar, i símptomes _____

Cap exposició addicional a l'HIV des de l'última visita?

Si

No

Recordeu escriure les unitats de les determinacions de laboratori. Sis plau, escriviu amb claredat, amb lletra majúscula quan sigui necessari, i utilitzeu el format europeu per a les dates: dia/mes/any.

Per a més informació, contacte sis plau amb el CEESCAT:

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

El formulari s'ha de enviar **en tres moments**: després de la primera visita, després del primer mes de seguiment i després de 6 mesos de seguiment. Feu l'enviament per fax i/o per correu a la següent adreça:

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

Gràcies per la seva col·laboració.