**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – MANEJO CLÍNICO DEL VIH**

**Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Fecha de presentación:

Ciudad/localidad – Departamento:

Nombre del presentador/a en la teleclínica ECHO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Caso clínico** (marcar con X) | **Nuevo** | **Seguimiento** |

Información básica del paciente:

* Edad:
* Género:

**Problema/s a resolver (obligatorio):**

**Completar todas las secciones y campos que correspondan.**

**VIH**

* Vía transmisión VIH:
* Fecha de diagnóstico:
* Nadir CD4:
* CD4 actual:
* CV actual:
* Organización:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coinfecciones** | | | | | | |
| VHC | | HCV RNA | VHB (marcar si es positivo) | | Profilaxis TB | |
| NEG |  | AG S |  | SÍ |  |
| POS |  | ANTI\_S |  | NO |  |
| SD |  | ANTI\_C |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes Personales** | | | | |
| Consumo actual drogas | SÍ | NO | ¿Cuál? | |
| Situación social |  | | | |
| Antecedentes psiquiátricos |  | | | |
| Nivel educativo: |  |  |  |  |
| Embarazo actual | SÍ | NO | Edad gestacional | |
| Otros (incluye alergias) |  | | | |
| Medicación no TARV: |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Historia TARV** | | |
| Planes | Año inicio – Año finalización | Motivo de finalización |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Breve historia clínica actual |  |
| Datos relevantes de examen físico |  |
| Datos relevantes de laboratorio |  |
| Imágenes |  |
| Medicación actual |  |
| Reacciones adversas |  |

**Antecedentes de la pareja (en caso que corresponda):**

|  |
| --- |
|  |

**SÍFILIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etapa actual** | | | |
| Primaria | Secundaria | Latente | Terciaria |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Test no treponémico:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Test treponémico (marcar con X):** | |
| Positivo | Negativo |

|  |
| --- |
| **Tratamiento:** |

|  |
| --- |
| **Evolución de títulos de RPR/VDRL:** |

**Antecedentes de la pareja (en caso que corresponda):**

|  |
| --- |
|  |

**OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:**

Una vez completado este formulario, enviar el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo: [proyectoechouruguay@fmed.edu.uy](mailto:proyectoechouruguay@fmed.edu.uy). En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la teleconferencia donde presentará el caso.