ANEXO II. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCA ADQUIRIDA (REV. ENERO/1994)

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: .....

Identificador del caso para el declarante: .....

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: .....

Domicilio: ..... **Teléfono:** .....

Municipio residencia: ..... **Provincia residencia**: .....

País residencia: .....

Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... **Edad en meses en menores de 1 año:** .....

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Desconocido ☐

País de origen: .....
(País en el que ha nacido o del que procede)

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD INDICATIVA DE SIDA

Enfermedad	Fecha Mes	Fecha Año
1. Candidiasis esofágica ..... ☐	☐☐	☐☐
2. Candidiasis traqueal, bronquial o pumonar ..... ☐	☐☐	☐☐
3. Coccidioidomicosis diseminada ..... ☐	☐☐	☐☐
4. Criptococosis extrapulmonar ..... ☐	☐☐	☐☐
5. Herpes simple mucocutáneo crónico que persiste más de un mes ..... ☐	☐☐	☐☐
6. Herpes simple bronquial, pulmonar o Esofágico (edad >1 mes) ..... ☐	☐☐	☐☐
7. Criptosporidiasis con diarrea (>1 mes de duración)... ☐	☐☐	☐☐
8. Histoplasmosis diseminada ..... ☐	☐☐	☐☐
9. Isosporidiasis con diarrea (>1 mes de duración)... ☐	☐☐	☐☐
10. Enfermedad por CMV (edad >1 mes) ..... ☐	☐☐	☐☐
11. Retinitis por CMV ..... ☐	☐☐	☐☐
12. Neumonía por *P. jiroveci* ..... ☐	☐☐	☐☐
13. Toxoplasmosis cerebral (edad >1 mes) ..... ☐	☐☐	☐☐
14. Leucoencefalopatía multifocal progresiva ..... ☐	☐☐	☐☐
15. Complejo *M. avium* o *M. kansasii* ..... ☐	☐☐	☐☐
16. Tuberculosis diseminada o extra pulmonar ..... ☐	☐☐	☐☐
17. Mycobacterium otras especies, extrapulmonar ..... ☐	☐☐	☐☐
18. Sepsis recurrente por Salmonella (no *typhi)* ..... ☐	☐☐	☐☐
19. Neumonitis intersticial linfoide (edad <15 años) ..... ☐	☐☐	☐☐
20. Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes (edad <15 años) ..... ☐	☐☐	☐☐

Enfermedad	Fecha Mes	Fecha Año
21. Sarcoma de Kaposi ☐	☐☐	☐☐
22. Linfoma primario de cerebro ☐	☐☐	☐☐
23. Linfoma de Burkitt (o equivalente) ☐	☐☐	☐☐
24. Encefalopatía por VIH ☐	☐☐	☐☐
25. Síndrome caquéctico por VIH ☐	☐☐	☐☐

Enfermedad	Fecha Mes	Fecha Año
26. Tuberculosis pulmonar (15 o más años) ☐	☐☐	☐☐
27. Neumonía bacteriana recurrente (15 o más años) ☐	☐☐	☐☐
28. Carcinoma de cérvix invasivo (15 o más años) ☐	☐☐	☐☐
29. Linfoma inmunoblástico (o equivalente) ☐		

Otras enfermedades:

Hepatitis B: ☐ **Candidiasis orofaríngea:** ☐ **Sífilis:** ☐ **Gonococia:** ☐ **Otras ETS:** ☐

Hepatitis C: ☐ **Leishmania:** ☐ **Otras:** ☐ **Especificar:** .....

Defunción: Sí ☐ No ☐ Desconocido ☐

Si está vivo y falleciera posteriormente, informar el hecho y la fecha al Registro de la C.A.

DATOS DE LABORATORIO

Anticuerpos anti VIH-1: **Fecha:** ..... / ..... / .....

(primer resultado positivo de caso confirmado)

	Positivo	Negativo	No realizado
ELISA	☐	☐	☐
W-B /IFI, etc	☐	☐	☐
Otras pruebas de detección VIH-1:	☐	☐	☐
Anticuerpos anti VIH-2:	☐	☐	☐

N.º total CD4 al diagnóstico: ..... mm^3, o en su defecto, CD4<400 Sí ☐ No ☐ No realizado ☐

¿Este paciente tiene alguna causa de inmunodeficiencia distinta de infección por VIH?

Sí ☐ No ☐ Desconocido ☐

DATOS DEL RIESGO

Conducta sexual: Homosexual ☐ Bisexual ☐ Heterosexual ☐ Desconocido ☐

¿Ha tenido relaciones HETEROSEXUALES con?

	Sí	No	Desc.
Adictos a drogas por vía parenteral	☐	☐	☐
Varones bisexuales	☐	☐	☐
Tratados con hemoderivados	☐	☐	☐
Receptores de transfusiones con infección por VIH	☐	☐	☐

	Sí	No	Desc.
Múltiples parejas sexuales	☐	☐	☐
Prostitución	☐	☐	☐
Otros: Especificar:.....	☐	☐	☐
Personas con SIDA o infección por VIH (Riesgo no especificado)	☐	☐	☐
¿Ha utilizado agujas para la inyección intravenosa de drogas no prescritas?	☐	☐	☐
¿Ha recibido hemoderivados por trastornos de la coagulación y otros antes de 1986?	☐	☐	☐
¿Ha recibido transfusión sanguínea o de componentes de la sangre contaminada por VIH?	☐	☐	☐

Especificar centro: ..... Fecha de la última transfusión: ..... / ..... / .....

¿Ha recibido trasplantes?	☐	☐	☐

Especificar tipo: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Otro tipo de probable exposición al VIH (*):	☐	☐	☐

(*) Incluye tatuajes, acupuntura, exposición accidental en personal sanitario o no, material médico contaminado, etc.

PARA NIÑOS ¿Presenta su madre alguno/s de los siguientes factores de riesgo antes del parto?

Drogas vía parenteral:	☐	☐	☐
Receptora de hemoderivados/Receptora de transfusión sanguínea	☐	☐	☐
¿Ha tenido relaciones heterosexuales de riesgo?	☐	☐	☐

Especificar:.....

Otros: Especificar:.....

¿Ha sido diagnosticada de SIDA o infección por VIH? (Riesgo no especificado)	☐	☐	☐

OBSERVACIONES (Reseñar, en su caso, estancia en prisión) Sí ☐ No ☐

.....

.....

.....

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso:

☐ Confirmado

INFORMACIÓN ADICIONAL O COMENTARIOS

.....

.....

.....

ANEXO III. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA / SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: .....

Identificador del caso para el declarante: .....

Fecha de la primera declaración del caso[1]: ..... / ..... / .....

DATOS DEL PACIENTE

Identificador de caso de VIH (2 primeras letras de nombre - N y de apellidos - A):

N	N	A1	A1	A2	A2
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... **Edad en meses en menores de 2 años:** .....

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: ..... **C. Autónoma:** .....

Provincia: ..... **Municipio:** .....

País de nacimiento: .....

Año de llegada a España (en inmigrantes): .....

Nacionalidad (País): .....

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso (Fecha de VIH)[2]: ..... / ..... / .....

Estadio clínico de la infección al diagnóstico de VIH (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Asintomático ☐ Primoinfección

☐ Sintomático no SIDA ☐ SIDA

Lugar del caso[3]:

País: ..... **C. Autónoma:** .....

Provincia: ..... **Municipio:** .....

Importado[4]: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

Servicio que solicita la prueba (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Centro penitenciario

☐ Centro de atención a drogodependientes

☐ Centro de atención primaria

☐ Consulta de planificación familiar

☐ Centro extrahospitalario de ITS/VIH

☐ Centro hospitalario de ITS/VIH

☐ Consulta de atención al embarazo

☐ Otro servicio hospitalario

☐ Otros

Fecha de diagnóstico de laboratorio (VIH): ..... / ..... / .....

Agente causal[5]**:** ☐ Virus de la inmunodeficiencia humana **Otro detalle:** ☐ VIH-1

☐ VIH-2

☐ VIH-1 y VIH-2

Pruebas de VIH previas: Sí ☐ No ☐ **Fecha última prueba negativa**: ..... / ..... / .....

Primera determinación CD4 tras diagnóstico[6]: ☐☐☐☐ **Fecha primeros CD4:** ..... / ..... / .....

DATOS DEL RIESGO

Conducta sexual (marcar uno de los siguientes):

☐ Heterosexual

☐ Homo/bisexual

Exposición (marcar uno de los siguientes)

☐ Transmisión Homo/bisexual

☐ Uso de drogas por vía parenteral

☐ Ha recibido hemoderivados

☐ Ha recibido transfusiones

☐ Ha recibido trasplantes

☐ Transmisión Heterosexual

☐ Transmisión Madre-Hijo

☐ Otra exposición

En caso de transmisión heterosexual (marcar uno):

☐ Con infectado por transfusión o hemod.

☐ Con infectado sin riesgo conocido

☐ Con usuarios de drogas inyectadas

☐ Con varones bisexuales

☐ Con trabajador/a de prostitución

☐ Con persona de país de alta prevalencia

En caso de transmisión madre-hijo (uno)

☐ Uso de drogas por vía parenteral

☐ Transmisión heterosexual

☐ Persona de país de alta prevalencia

☐ Ha recibido transfusiones o hemod.

☐ Ha recibido trasplantes

☐ Otra exposición

DATOS DE LA ENFERMEDAD FINAL: SIDA

Caso de SIDA[7]: Sí ☐ No ☐

Identificador de caso de SIDA:

Nombre: .....

Apellido 1: ..... Apellido 2: .....

Fecha de diagnóstico clínico (SIDA)[8]: ..... / ..... / .....

Manifestación clínica: enfermedad indicativa de SIDA (hasta 3 de las siguientes opciones):

☐ 01. Candidiasis esofágica
☐ 02. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
☐ 03. Coccidiomicosis diseminada
☐ 04. Criptococosis extrapulmonar
☐ 05. Herpes simple, úlcera crónica
☐ 06. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico
☐ 07. Criptosporidiasis con diarrea
☐ 08. Histoplasmosis diseminada
☐ 09. Isosporidiasis con diarrea
☐ 10. Enfermedad por citomegalovirus
☐ 11. Retinitis por citomegalovirus
☐ 12. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*
☐ 13. Toxoplasmosis cerebral
☐ 14. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
☐ 15. Complejo *Mycobacterium avium o kansasii*
☐ 16. Tuberculosis diseminada o extrapulmonar
☐ 17. Mycobacterium otras especies, extrapulmonar
☐ 18. Sepsis recurrente por Salmonella (no typhi)
☐ 19. Neumonitis intersticial linfoide
☐ 20. Múltiples infecciones bacterianas recurrentes
☐ 21. Sarcoma de Kaposi
☐ 22. Linfoma primario de cerebro
☐ 23. Linfoma de Burkitt o equivalente
☐ 24. Encefalopatía por VIH
☐ 25. Sindrome caquéctico por VIH
☐ 26. Tuberculosis pulmonar
☐ 27. Neumonia bacteriana recurrente
☐ 28. Carcinoma de cérvix invasivo
☐ 29. Linfoma inmunoblástico o equivalente

Tratamiento antirretroviral previo: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Defunción[9]: Sí ☐ No ☐

Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

Causa de la defunción (marcar una de las siguientes):

☐ Relacionada SIDA
☐ Hepatopatía
☐ Otra causa no relacionada SIDA
☐ Enfermedad cardiovascular
☐ Tumor no diagnóstico de SIDA

Causa de la defunción Relacionada con SIDA[10] (marcar el principal de las siguientes opciones):

☐ 01. Candidiasis esofágica
☐ 02. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
☐ 03. Coccidiomicosis diseminada
☐ 04. Criptococosis extrapulmonar
☐ 05. Herpes simple, úlcera crónica
☐ 06. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico

☐ 07. Criptosporidiasis con diarrea
☐ 08. Histoplasmosis diseminada
☐ 09. Isosporidiasis con diarrea
☐ 10. Enfermedad por citomegalovirus
☐ 11. Retinitis por citomegalovirus
☐ 12. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*
☐ 13. Toxoplasmosis cerebral
☐ 14. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
☐ 15. Complejo *Mycobacterium avium o kansasii*
☐ 16. Tuberculosis diseminada o extrapulmonar
☐ 17. Mycobacterium otras especies, extrapulmonar
☐ 18. Sepsis recurrente por Salmonella (no typhi)
☐ 19. Neumonitis intersticial linfoide
☐ 20. Multiples infecciones bacterianas recurrentes
☐ 21. Sarcoma de Kaposi
☐ 22. Linfoma primario de cerebro
☐ 23. Linfoma de Burkitt o equivalente
☐ 24. Encefalopatía por VIH
☐ 25. Sindrome caquéctico por VIH
☐ 26. Tuberculosis pulmonar
☐ 27. Neumonia bacteriana recurrente
☐ 28. Carcinoma de cérvix invasivo
☐ 29. Linfoma inmunoblástico o equivalente

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso[11]:

☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio[12] Sí ☐ No ☐

Asociado:

A brote: Sí ☐ No ☐

Identificador del brote: .....

C. Autónoma de declaración del brote[13]: .....

OBSERVACIONES[14]

.....

.....

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Se considera que es la fecha de diagnóstico de laboratorio de VIH.
3. Lugar del caso (país, CA, prov., mun.): Se considera que es el lugar de residencia.
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.
5. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
6. Primera determinación CD4 tras diagnóstico: Corresponde a la determinación en células/µL.
7. Caso de SIDA: Si no es diagnóstico de SIDA en el momento del diagnóstico de VIH, pero lo fuera posteriormente, informar el hecho y la fecha al Registro de la C.A.
8. Fecha de diagnóstico clínico (SIDA): Fecha que corresponde a la primera enfermedad definitoria de SIDA.

9. Defunción: Si está vivo, y falleciera posteriormente, informar el hecho y la fecha al Registro de la C.A. En caso de fallecimiento, rellenar las variables correspondientes en este apartado.
10. Marcar sólo en caso de Muerte relacionada con sida.
11. El caso de VIH por definición ha de ser confirmado.
12. El caso de VIH ha de tener siempre criterio de laboratorio.
13. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
14. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.