



**D. Clasificación de los grupos poblacionales clave (cada individuo puede pertenecer a más de una categoría)**

Si el cliente responde “Hombre” en la P1 y “Sólo hombres” u “Hombres y mujeres” en la P3, clasifíquelo como HSH

Si el cliente responde “Transgénero MAF” o “FAM” en la P1, clasifíquelo como transgénero (TG [controle comparando con la P2])

Si el cliente responde “Sí” en la P4 (servicios sexuales como principal fuente de ingresos), clasifíquelo como trabajador sexual (TS)

Si el cliente responde “Sí” en la P5 (consumo de drogas intravenosas), clasifíquelo como UDI

Clasificación final: (marcar TODAS\* las que correspondan)

Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres (HSH)

Transgénero (TG)

Trabajador sexual (TS)

Usuario de drogas intravenosas (UDI)

\*Puede haber pacientes que pertenezcan a más de una categoría debido a la superposición de conductas de riesgo

**E. Embarazo y lactancia**

¿La cliente está actualmente embarazada?  Sí  No

¿La cliente es actualmente una madre lactante?  Sí  No

**F. Análisis clínicos de referencia:**

Creatinina (TFGe) \_\_\_\_\_

**G. Vacunación, tratamiento y pruebas de la hepatitis B**

Fecha de la prueba del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aa)

Resultado de la prueba:  Negativo  Positivo  
 No realizada

En caso de ser positivo, ¿el paciente sigue algún tratamiento?

Sí  No  No sabe

En caso de ser negativo, señale las fechas de vacunación contra el VHB proporcionadas: (dd/mm/aa)

1) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**H. Infecciones de transmisión sexual (ITS)**

Fecha de la prueba de VDRL/sífilis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aa)

Resultado:  Negativo  Positivo  No realizada  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de la prueba de detección de las ITS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aa)

Resultado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico sintromico de las ITS (seleccionar todos los que correspondan): U: secreción uretral; G: úlceras genitales; V: flujo vaginal; H: dolor en la región baja del abdomen; E: inflamación del escroto; I: bubón inguinal; O: otros (especificar)

Diagnóstico etiológico de las ITS: \_\_\_\_\_

En caso de diagnóstico de las ITS, indique la fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aa)

<b>I. Inicio del tratamiento de la PrEP</b>	
<b>Fecha de inicio de la PrEP</b>	___/___/___ (dd/mm/aa)
<b>PrEP(ARV) prescrita</b>	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF <input type="checkbox"/> Otra: _____
<b>PrEP suspendida</b>	<b>Fecha de la suspensión:</b> ___/___/___ (dd/mm/aa)
	<b>Motivos de la interrupción de la PrEP:</b> <input type="checkbox"/> Resultado positivo de la prueba del VIH <input type="checkbox"/> Ya no está expuesto a riesgo significativo <input type="checkbox"/> Efectos secundarios <input type="checkbox"/> Decisión del paciente <input type="checkbox"/> Otros (Especificar: _____)
	<b>Estado del VIH al momento de la interrupción:</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Desconocido

### Consultas de seguimiento de la PrEP

Fecha del seguimiento (dd/mm/aa)	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
<b>Repetición de la prueba del VIH</b> <i>Resultado de la prueba:</i>  <i>Pruebas utilizadas:</i>	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo  1. <sup>ra</sup> : _____  Confirmatorio: _____  Otro: _____	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo  1. <sup>ra</sup> : _____  Confirmatorio: _____  Otro: _____	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo  1. <sup>ra</sup> : _____  Confirmatorio: _____  Otro: _____	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo  1. <sup>ra</sup> : _____  Confirmatorio: _____  Otro: _____	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo  1. <sup>ra</sup> : _____  Confirmatorio: _____  Otro: _____	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo  1. <sup>ra</sup> : _____  Confirmatorio: _____  Otro: _____	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo  1. <sup>ra</sup> : _____  Confirmatorio: _____  Otro: _____
Se consultó acerca de los signos y síntomas de infección aguda por el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Efectos secundarios (ver códigos)							
TFGe estimada							
Nueva ITS diagnosticada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Adherencia al uso del medicamento: cantidad de comprimidos omitidos en la última semana/7 días	<input type="checkbox"/> Más de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Menos de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Más de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Menos de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Más de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Menos de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Más de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Menos de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Más de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Menos de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Más de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Menos de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Más de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Menos de 2 comprimidos <input type="checkbox"/> No sabe
Se ha brindado asesoramiento sobre la adherencia al tratamiento (marcar con una tilde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha brindado asesoramiento sobre la reducción de riesgos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se han entregado condones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está actualmente embarazada o es una madre lactante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Repetición de la PrEP prescrita:</b> <i>ARV prescritos (marcar con una tilde)</i>  <i>Cantidad de comprimidos</i>	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF Nro. de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF Nro. de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF Nro. de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF Nro. de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF Nro. de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF Nro. de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF/FTC <input type="checkbox"/> TDF/3TC <input type="checkbox"/> TDF Nro. de comprimidos: __
Fecha de la próxima consulta programada (dd/mm/aa)	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Observaciones:							

**Efectos secundarios:** **A** = dolor abdominal; **S** = sarpullido; **Nau** = náuseas; **V** = vómitos; **D**: diarrea; **F** = fatiga; **C** = cefaleas; **L** = agrandamiento de ganglios linfáticos; **R** = fiebre; **O** = otros (especificar)