

6.- Ha rebut trasplantaments?..... ↓
 Especificar: Tipus: Data:...../...../.....
 7.-Altres tipus de probable exposició a VIH. ↓
 Especificar:

IV- INFORMACIÓ EPIDEMIOLÒGICA (TRANSMISSIÓ MARE-FILL)

	SI	NO	DES CONEGUT
Mare usuària de drogues per via parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mare amb antecedent de relacions heterosexuales dels tipus consignats a l'apartat III-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mare amb altres tipus d'exposició a VIH	<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar:			
Mare diagnosticada de VIH o sida i amb factors de risc desconeguts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V- ESTADI CLÍNIC AL MOMENT DE LA DECLARACIÓ (classificació CDC, 1993)

Primoinfecció (Passar a l'apartat VII) Infecció asimptomàtica (Passar a l'apartat VII)
 Infecció simptomàtica sense criteris de sida (Passar a l'apartat VII) Sida (Passar a l'apartat VI)

VI- MALALTIES INDICATIVES DE SIDA (NOMÉS PER A DECLARACIONS DE SIDA)

Vegeu al dors el resum de la definició actual de sida.

Marcar amb una creu: Diagnòstic definitiu (D) Diagnòstic Presumptiu (P)

	Data diagnòstic					Data diagnòstic			
	D	P	Mes	Any		D	P	Mes	Any
1 Candidiasi esofàgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Complex <i>Mycobacterium avium</i> o <i>M. Kansaii</i> (≠ pulmó, pell, ganglis limfàtics cervicals o hiliars)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Cand.traqueal, bronquial o pulmonar	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Infecció per <i>Mycobacterium tuberculosis</i> disseminada o extrapulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Coccidiomicosis disseminada (≠ pulmó, ganglis limf. cervic. o hiliar)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Infecció per <i>Mycobacterium</i> d'espècies no identificades, disseminades o extrapulmonars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Criptococcosi extrapulmonar	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 Septicèmia recurrent per <i>Salmonel·la</i> (≠ <i>S. typhi</i>)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Herpes simple mucocutani crònic persistent més d'1 mes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 Pneumonitis intersticial limfoide o hiperplàsia limfoide pulmonar (Edat < 13 a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Herpes simple, bronquial o pulmonar o esofàgic de qualsevol durada (edat >1mes)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 Infeccions bacterianes múltiples recurrents incloses salmonel·les (Edat < 13 a.)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Criptosporidiosi amb diarrea persistent durant més d'un mes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Histoplasmosi disseminada (≠ pulmó, ganglis limf. cervic. o hiliar)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 Limfoma primari de cervell	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Isosporiasi amb diarrea persistent durant més d'un mes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 Limfoma no hodgkinià de cèl·lules B o de fenotip immunològic desconegut. immuno blàstic o de cèl·lules petites sense fenedura (Burkitt o equivalent)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 CMV. (≠ fetge, melsa o ganglis limfàtics) Edat > 1 mes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 Encefalitis per VIH	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Retinitis per CMV (amb pèrdua de visió)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Síndrome caquètica per VIH	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Pneumònia per <i>Pneumocystis carinii</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 Tuberculosi pulmonar (edat >12 a.) (***)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Toxoplasmosi cerebral (edat>1mes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 Pneumònia recurrent (2 episodis o més en 12 mesos) (***)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Leucoencefalopatia multifocal progressiva	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Càncer invasiu de coll d'úter (***)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Només casos diagnosticats després de 1/1/1994

ALTRES MALALTIES ASSOCIADES:

Hepatitis B Candidiasi orofaríngia Sífilis Gonocòccia Altres MTS → Especificar:
 Hepatitis C Leishmania Altres → Especificar:

VII- OBSERVACIONS O INFORMACIÓ ADDICIONAL

VIII- DADES DE LA PERSONA QUE NOTIFICA EL CAS

NOM I LLINATGES

INSTITUCIÓ

UNITAT

TELÈFON DE CONTACTE:

GRÀCIES PER LA COL·LABORACIÓ

Data de notificació:

....., de.....de 20.....