

# *Ministerio de Salud Pública*

Montevideo, 9 MAR 2011

**VISTO:** la Ordenanza Ministerial N° 624 de 11 de noviembre de 2010;

**RESULTANDO:** I) que por la misma se dispuso la obligatoriedad de la notificación, mediante los formularios que se adjuntan (adulto y pediátrico) y forman parte integral de dicha Ordenanza, para la recepción de muestra de sangre para test confirmatorio de VIH-Sida, en el Departamento de Laboratorio de Salud Pública;

**CONSIDERANDO:** I) que de acuerdo a lo informado por la Dirección del Departamento de Vigilancia en Salud, luego de la asesoría externa recibida de parte de ONUSIDA y OPS, se revisaron los formularios mencionados y han sido modificadas algunas variables contenidas en éstos, manteniéndose la metodología contenida en la Ordenanza referida, solicitándose el reemplazo de los mismos;

II) que la División Epidemiología eleva los antecedentes respectivos a efectos de realizar las modificaciones planteadas, otorgando su aval al respecto;

III) que Dirección General de la Salud no formula objeciones al respecto, solicitando se extienda la correspondiente Ordenanza modificativa;

**ATENTO:** a lo precedentemente expuesto;

## **EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**

### **RESUELVE:**

- 1º) Modificase la Ordenanza Ministerial N° 624 de 11 de noviembre de 2010, sustituyendo los formularios que figuran adjuntos a la misma, por los formularios que se adjuntan a la presente Ordenanza y que forman parte integrante de la misma.


- 2º) Comuníquese. Tomen nota la Dirección General de la Salud y la División Epidemiología. Publíquese en la página Web de esta Secretaría de Estado. Pase a sus efectos al Departamento de Comunicación y Salud. Cumplido, archívese.

Ord. N° 128


Ref. N° 2010-12-1-3877.

ST.

SE



Ec. DANIEL OLESKER  
Ministro de Salud Pública





ES COPIA FIEL

Ma. CRISTINA ROCA  
DIRECTORA  
Dpto. de Secretaría General  
y Acuerdos - M. S. P.

Indique el evento a Notificar		VIH <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico: / /	SIDA <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico: / /
Fecha de Notificación / /		Notificado por: _____ Tel. _____	
Servicio o Institución de Salud:		Teléfono de la Institución:	
C.I.:	Edad		
<b>AUTOGENERADO (ver al pie)</b>			
Fecha de nacimiento: / /	Iniciales _____	Sexo _____	
AA / MM / DD	AP AM 1°N 2°N	M:1/ F: 2	
Departamento de residencia:		Ciudad o Localidad:	
Trabaja: SI ( ) NO ( )	Jubilado/Pensionista ( )		
<b>NIVEL DE EDUCACION DEL CASO</b>			
No tiene estudios ( ) Primaria: incompleta ( ) / completa ( ) Secundaria: incompleto ( ) / completo ( )			
Estudios Terciarios: incompletos ( ) / completos ( )			
<b>Motivación del examen (puede ser más de una):</b>			
Iniciativa propia: ( ) Indicación médica: ( ) Sintomático: ( ) Control de embarazo: ( )			
Contacto con caso: ( ) Otra ITS: ( ) Control trabajo sexual: ( ) Accidente laboral: ( )			
Donación de sangre/organos/fluidos: ( )			
<b>Via probable de transmisión</b>			
Sexual ( ) Heterosexual ( ) HSH ( ) Bisexual ( )			
Sanguíneo ( ) Transfusión ( ) UDI ( ) Accidente ( )			
Vertical ( )			
<b>Identifique Etapa Clínica</b>	Primoinfección Sintomática ( ) Asintomático ( )		
	Sintomático No Sida ( ) Sintomático SIDA ( ) Marque la Enf. Oportunista		
<b>Enfermedades Oportunistas</b>			
Tuberculosis Pulmonar ( ) Tuberculosis Extrapulmonar ( ) Tuberculosis Diseminada ( ) Pneumocystis Carinii ( ) Neumonía Recurrente ( )			
Criptococosis ( ) Histoplasmosis ( ) Toxoplasmosis ( ) Linfoma primario del SNC ( )			
Linfoma No-Hodgkin ( ) Sarcoma de Kaposi ( ) Carcinoma Cervical Invasivo ( ) LMP ( )			
Herpes Simple Diseminado ( ) Citomegalovirus ( ) Candidiasis Esofágica ( ) Micobacteria atípica ( )			
Diarrea por Oportunistas ( ) Encefalopatía por VIH ( ) Bacteriemia Recurrente por Salmonella ( )			
Síndrome de desgaste ( ) Otras ( ) _____			
Autogenerado: escriba la fecha con dos dígitos año-mes-día; las iniciales primerletra del apellido paterno (AP), primer letra de apellido materno (AM), primer letra de primer nombre (1°N), primer letra de segundo nombre (2°N), y el sexo con un dígito ( 1 para sexo masculino y 2 para sexo femenino)			
<b>Este formulario completo debe acompañar la muestra de sangre al Departamento de Laboratorio de Salud Pública, y el mismo se considerará notificación del caso según ordenanza N° 624 del 11 de noviembre de 2010. Dirección: Alfredo Navarro N° 3051. Tel. 24872516 - 24872616 - 24863354. FAX: 24807014</b>			

<b>Notificación de infección por VIH en pediatría</b>			
Fecha de Notificación / /		Notificado por: _____ Tel. _____	
Servicio o Institución de Salud:		Teléfono de la Institución:	
Cedula de Identidad del Niño:			
Cedula de Identidad de la Madre:			
<b>AUTOGENERADO (ver al pie)</b>			
Fecha de nacimiento: / /	Iniciales _____	Sexo _____	Edad _____(m) (a)
AA / MM / DD	AP AM 1°N 2°N	M:1/ F: 2	
Departamento de residencia:		Ciudad o Localidad:	
<b>La captación del niño fue:</b>	durante la gestación ( ) durante el parto ( ) durante el puerperio ( )		
	en el primer año de vida ( ) posterior al año de vida ( )		
Indique estadio clínico N ( ) A ( ) B ( ) C ( ) / 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )			
En caso de marcar estadio clínico B o C escriba la enfermedad correspondiente.....			
<b>Via probable de transmisión</b>			
Sexual ( )		Observaciones:	
Sanguíneo ( )		Transfusión ( ) UDI ( ) Accidente ( )	
Vertical ( ) Complete datos de exposición			
Fecha de diagnóstico: / /			
<b>Datos de exposición</b>			
¿La madre recibió TARV?: durante embarazo SI ( ) NO ( ) Previo a las 20 semanas SI ( ) NO ( ) durante parto : SI ( ) NO ( )			
Tiene carga viral de la madre en el mes previo al parto SI ( ) NO ( ) Menor <1000 SI ( ) NO ( )			
¿El niño recibió profilaxis VIH al nacer?: SI ( ) NO ( )			
Alimentación del recién nacido: Natural ( ) Artificial ( )			
Parto: institucionalizado ( ) en domicilio ( ) otro ( )		Via final del parto: vaginal ( ) cesárea ( )	
<b>Autogenerado: escriba la fecha con dos dígitos año-mes-día; las iniciales primerletra del apellido paterno (AP), primer letra de apellido materno (AM), primer letra de primer nombre ( 1°N), primer letra de segundo nombre (2°N), y el sexo con un dígito ( 1 para sexo masculino y 2 para sexo femenino)</b>			
<b>Remitir datos una vez completados al e-mail: <a href="mailto:vigilanciaepi@msp.gub.uy">vigilanciaepi@msp.gub.uy</a>; al FAX: 24085838 o por correo a 16 de Julio 1892 piso 4 oficina 402. DEVISA-MSP. Los mismo datos le serán requeridos si hace la denuncia telefonicamente al tel: 24091200.</b>			

 <b>Notificación de recién nacido hijo de madre VIH (expuesto)</b> 			
Fecha de Notificación / /		Notificado por: _____ Tel. _____	
Servicio o Institución de Salud:		Teléfono de la Institución:	
Cedula de Identidad del Niño:			
Cedula de Identidad de la Madre:			
<b>AUTOGENERADO (ver al pie)</b>			
Fecha de nacimiento: / /	Iniciales _____	Sexo _____	
AA / MM / DD	AP AM 1°N 2°N	M:1/ F: 2	
Departamento de residencia:		Ciudad o Localidad:	
Parto: institucionalizado ( ) en domicilio ( ) otro ( )		Via final del parto: vaginal ( ) cesárea ( )	
<u>Profilaxis de la transmisión vertical</u>			
¿La madre recibió TARV?: durante embarazo SI ( ) NO ( ) Previo a las 20 semanas SI ( ) NO ( ) durante parto : SI ( ) NO ( )			
Tiene carga viral de la madre en el mes previo al parto SI ( ) NO ( ) Menor <1000 SI ( ) NO ( )			
¿El niño recibió profilaxis VIH al nacer?: SI ( ) NO ( )			
Recibió BCG al nacimiento: SI ( ) NO ( )			
Autogenerado: escriba la fecha con dos dígitos año-mes-día; las iniciales primerletra del apellido paterno (AP), primer letra de apellido materno (AM), primer letra de primer nombre ( 1°N), primer letra de segundo nombre (2°N), y el sexo con un dígito ( 1 para sexo masculino y 2 para sexo femenino)			
<b>Notificación:</b>			
Remitir datos una vez completados al e-mail: <a href="mailto:vigilanciaepi@msp.gub.uy">vigilanciaepi@msp.gub.uy</a> ; al FAX: 24085838 o por correo a 18 de Julio 1892 piso 4 oficina 402. DEVISA-MSP. Los mismo datos le seran requeridos si hace la denuncia telefonicamente al tel: 24091200.			
En caso de enviar sangre al Departamento de Laboratorio de Salud Publica ,este formulario completo debe acompañar la muestra y el mismo se considerará notificación del caso según ordenanza N° 624 del 11 de noviembre de 2010. Direccion: Alfredo Navarro N° 3051. Tel. 24872516 - 24872616 - 24863354. FAX: 24807014			