

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento / Municipio

1.2. Localidad:

1.3. Barrio

1.4. Tipo de lugar de la actividad:

1.5. Lugar de la actividad:

1.6. Nombre de la Institución que presta el servicio:

1.7. Entorno:

1.7.1. Estrategia:

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento

2.2. Municipio

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento

RC

TI

CC

PA

CE

SD

DNI

PEP

PPT

3.2. Número de identificación

3.3. Primer nombre

3.3.1. Segundo nombre

3.3.2. Primer apellido

3.3.3. Segundo apellido

3.4. Caracterización persona atendida

HSH

TRANS

PID

TS

HC

LESB

PPL

ITS

INMIGRANTE*

VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

SPA

GESTANTE

Fecha de la última menstruación

AAAA

MM

DD

POB. GENERAL

TB

*País de procedencia

3.5. Sexo asignado al nacer

Hombre

Mujer

Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento

AAAA

MM

DD

3.6.1 Edad en años cumplidos

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud?

SI

NO

3.7.1. ¿Encuesta SISBEN?

SI

NO

NO SABE

3.8. Régimen

Contributivo

Subsidiado

Especial

Fondo de atención en salud para PPL

Excepción

3.8.1. Nombre de la aseguradora

3.9. Presenta alguno de estos síntomas

Tos

Fiebre

Sudoración nocturna

Pérdida de peso

Otras ITS

Otros síntomas diferentes (escriba cuáles)

No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

Pareja de una PVV

Asistió a jornada educativa

Servicio de salud IPS/ESE

Amigo/a

Líder/Lideresa sociedad civil

Motivación propia

Autotest Positivo

Autotest Negativo

Interés en PrEP

Redes Sociales/Casuales

www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

7. IPS de atención regular

Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo

SI

NO

Tipo de financiamiento

UPC

Fondo Mundial

Recursos Locales PIC

Otros Cooperantes

Fondo Nacional de Estupefacientes

Recursos propios del usuario

Otro ¿Cuál?

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

1.1. Fecha

AA

AA

MM

DD

1.2. Entidad que realiza la actividad

☐ SS

☐ OBC

☐ IPS/ESE

☐ ONG

☐ Otra

1.3. Nombre de la institución/organización

1.4. Departamento

1.5. Municipio

1.6. Localidad/comuna

1.7. Barrio

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ PA

☐ CE

☐ SD

☐ DNI

☐ PEP

☐ PPT

2.2. Número de identificación

2.3. Nombres y apellidos

2.4. Régimen

2.5. Aseguradora

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

AA

AA

MM

DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			AA AA MM DD
☐ Sífilis	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos			AA AA MM DD
☐ Hepatitis B	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Antígenos			AA AA MM DD
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			AA AA MM DD

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

AA

AA

MM

DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			AA AA MM DD

5. Se toman muestras para pruebas complementarias:

☐ SI

☐ NO

Cuáles:

☐ Sífilis

☐ Hepatitis B

☐ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba

Nombre

Firma

Cédula de ciudadanía

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo _____ identificado(a) con No. _____ de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma. **SI acepto () NO acepto () la realización de la prueba rápida:** ☐ VIH ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI () NO ()**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias para mi acceso a los servicios de salud. **SI () NO () acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI () NO ()** y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un período máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI () NO ()**. En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, **SI () NO () No aplica ()**

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo **SI () NO ()** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción y prevención entre otros.

Este documento se firma el día _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: _____

Tipo y número de identificación: _____

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: _____

Tipo y número de identificación: _____

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

A	A	A	A
---	---	---	---

M	M
---	---

D	D
---	---

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
☐ VIH	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			A A A A	M M	D D
☐ Sífilis	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos			A A A A	M M	D D
☐ Hepatitis B	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Antígenos			A A A A	M M	D D
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			A A A A	M M	D D

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

A	A	A	A
---	---	---	---

M	M
---	---

D	D
---	---

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			A A A A	M M	D D

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Cédula de ciudadanía
--------	-------	----------------------