

ANEXO N° 1: Cuestionario de Registro de Selección para la PrEP: HSH, MT y TS

DATOS GENERALES:						
Edad	años	Sexo	Hombre ()		Mujer ()	
Grupo Poblacional		HSH	()	MT	()	TS ()
EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:						
¿Con cuántas personas ha mantenido relaciones sexuales vaginales o anales?			0 0	1 1	2* 2*	≥ 3* ≥ 3*
					Hombre () Mujer ()	
¿Utilizó preservativo (masculino o femenino) cada vez que tuvo relaciones sexuales?			SÍ	()	NO*	() No sabe* ()
¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual?			SÍ*	()	NO	() No sabe* ()
¿Tiene alguna pareja sexual con infección por el VIH?			SÍ*	()	NO	() No sabe* ()
En caso afirmativo, ¿su pareja ha recibido tratamiento antirretroviral durante 6 meses o más?			SÍ	()	NO*	() No sabe* ()
En caso afirmativo, ¿ha logrado la supresión de la carga viral con el tratamiento?			SÍ	()	NO*	() No sabe* ()
EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS:						
¿Ha tenido relaciones sexuales sin utilizar preservativos con alguna persona con infección por el VIH que no está bajo tratamiento?			SÍ**	()	NO*	() No sabe** ()
¿Ha tenido síntomas de “resfriado” o “gripe”, como dolor de garganta, fiebres, sudores, inflamación de ganglios linfáticos (adenopatías), úlceras bucales, dolor de cabeza o erupción en la piel?			SÍ***	()	NO*	() No sabe ()
ACCIÓN A TOMAR:						
*	Considere la posibilidad de ofrecer la PrEP					
**	Considere la posibilidad de ofrecer la PPE					
***	Considere una posible infección aguda por el VIH					

ANEXO N° 2:
Cuestionario de Registro de Selección para la PrEP: Parejas Serodiscordante

DATOS GENERALES:						
Edad	Años	Sexo		Hombre ()		Mujer ()
Grupo Poblacional		HSH	()	MT	()	TS ()
EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:						
¿Su pareja está tomando Tratamiento Antirretroviral?			SÍ	()	NO*	()
¿Su pareja está tomando Tratamiento Antirretroviral durante más de 6 meses?			SÍ	()	NO*	()
¿Al menos 1 vez al mes le pregunta a su pareja si está tomando diariamente su TAR?			SÍ	()	NO*	()
¿Sabe cuándo fue la última vez que su pareja se hizo una prueba para determinar la carga viral del VIH?			SÍ	()	NO*	()
¿Cuál fue el resultado?						No sabe* ()
¿Usa preservativos cada vez que tiene relaciones sexuales?			SÍ	()	NO*	()
¿Quiere usted tener un hijo con su pareja?			SÍ*	()	NO	()
ACCIÓN A TOMAR:						
*		Considere la posibilidad de ofrecer la PrEP				

ANEXO N° 3: Consentimiento Informado para recibir PrEP

Fecha: ____ / ____ / ____

Estimado usuario:

La Profilaxis pre-exposición o comúnmente llamada PrEP es la indicación de medicamentos antirretrovirales que se indican antes de una exposición o posible exposición al VIH. Está recomendada a personas seronegativas al VIH, pero con alto riesgo de infección, con la finalidad de disminuir la posibilidad de contraer el virus.

La PrEP es muy segura, pero en ocasiones puede producir algunos efectos secundarios leves que desaparecen en el primer mes. Los síntomas más frecuentes pueden ser: malestar estomacal, falta de apetito, diarrea, náuseas y vómitos. En una baja proporción, puede producir daño renal que puede ser reversible si se suspende el uso de ARV, por eso es muy importante acudir a los controles médicos.

Si usted decide voluntariamente practicar la PrEP en nombre del [colocar nombre del establecimiento de salud] le aseguramos que nosotros manejaremos la información (datos personales y datos de salud) de manera confidencial. Protegeremos sus resultados de salud y un posible diagnóstico de VIH de acuerdo al artículo 17 de la ley N° 26626, asimismo protegeremos sus datos personales de acuerdo al artículo 13 de la Ley N° 29733 "Ley de Protección de Datos Personales".

En caso autorice, nosotros le brindaremos atenciones médicas, consejería, exámenes de laboratorio y preservativos respetando siempre la confidencialidad y privacidad.

Declaro haber recibido información y orientación previa al inicio de Profilaxis pre exposición (PrEP) y la seguridad que mis datos personales serán resguardados y su uso solo será empleado para las atenciones que reciba en establecimiento de salud.

Con mi firma autorizo o rechazo el ingreso a PrEP en forma libre y voluntaria.

En caso de no asistir a mis consultas de seguimiento acepto ser contactado/a de manera confidencial, según los procedimientos que se me han informado (llamada telefónica o visita domiciliaria).

☐

ACEPTO ingresar a PrEP

☐

NO ACEPTO ingresar a PrEP

Firma:

Nombre del Usuario:

DNI:

Firma:

Nombre del Usuario:

DNI: