

Nombre del centro CBVCT: _____

Ciudad del centro CBVCT: _____

Fecha de la visita:
Día Mes Año

Identificador único de la persona usuaria (usado por el servicio CBVCT): _____

Identificador único de la persona usuaria (COBATEST):
Género (0 hombre cis, 1 mujer cis, 2 hombre trans, mujer trans o persona no binaria) Día Mes de nacimiento Año Nº de hermanos mayores Nº de hermanas mayores inicial nombre madre

Lugar de realización de la prueba:

- Oficina CBVCT Lugar público (farmacia, librería)
 Calle/furgoneta Lugar de entretenimiento (café, bar, disco, ..)
 Lugar trabajo sexual Lugar de intercambio de jeringuillas
 Sauna/lugar de encuentros sexuales Otro: _____

Características de la persona usuaria:

Género: Hombre (cis) Mujer (cis) Hombre trans Mujer trans No binaria Fecha de nacimiento:
Día Mes Año

Nacionalidad extranjera: Sí No No sabe País de nacimiento: _____ Año de llegada al país:
(si inmigrante) Año

La persona usuaria es: Turista Estudiante extranjero/a Refugiado/a Residente
 Residente larga estadia Trabajador extranjero/a Migrante indocumentado/a Otra: _____
 Solicitante de asilo Ciudadano/a naturalizado/a

Municipio de residencia: _____

¿Tienes acceso a servicios de salud gratuitos? Sí No Otro: _____

Motivos para hacerse la prueba del VIH: (multirespuesta)

- Exposición de riesgo**
 Sexo vaginal desprotegido
 Sexo anal desprotegido
 Sexo oral desprotegido
 Rotura del preservativo
 Sexo desprotegido con trabajador/a sexual
 Mi pareja ha dado positivo recientemente
 Episodio de compartir material de inyección
 Otro: _____
- Para control/cribado**
 Mi pareja me lo ha pedido
 Antes de dejar el preservativo con mi pareja
 Deseo tener un hijo
 Cribado prenatal: antes del parto
 Control regular
 Solo para conocer mi estado de salud
 Otro: _____
- Período ventana en el último test**
- Síntomas clínicos**
- Otra:** _____

Motivos para escoger este centro CBVCT para hacerse la prueba : (multirespuesta)

- Ya he venido antes He visto este centro en un folleto Otro: _____
 Un amigo/a me ha hablado de este centro He encontrado este centro en internet

Pruebas del VIH anteriores:

¿Prueba del VIH anterior? Sí No No sabe Última prueba de VIH realizada: Menos de 3 meses Menos de 12 meses
 Más de 12 meses No sabe
 Fecha última prueba:
Mes Año
 ¿Prueba del VH en los últimos 12 meses en este centro? Sí No No sabe Resultado última prueba: Positivo Negativo No sabe

Conductas/factores de riesgo:

Sexo en los últimos 12 meses con: Hombres (cis/trans) Mujeres (cis/trans) Hombres y mujeres (cis/trans) No he practicado sexo No sabe

Uso del preservativo en la última relación sexual con penetración Sí No No sabe

Ha recibido dinero, drogas, bienes o servicios a cambio de sexo en los últimos 12 meses Sí No No sabe

ITS diagnosticada en los últimos 12 meses Sí No No sabe

Sexo con penetración sin preservativo en los últimos 12 meses con:

Trabajadores/as sexuales: Sí No No sabe

UDVP: Sí No No sabe

HSH: Sí No No sabe

¿Uso de drogas por vía intravenosas? Sí No No sabe Última vez: Menos de 3 meses Menos de 12 meses
 Más de 12 meses No sabe

Compartir material de inyección en los últimos 12 meses, como: Jeringuillas o agujas Sí No No sabe

Cucharas, filtros, agua... Sí No No sabe

Compartir utensilios de otras drogas psicoactivas comúnmente utilizadas Sí No No sabe ¿Cuáles otras drogas psicoactivas? _____

Consejería pre-test:

¿Consejería pre-test realizada? Sí No No sabe

Cribado VIH:

Test del VIH realizado: Sí No

Fecha de recolección de la muestra:

Día Mes Año

Tipo de test usado:

Test rápido en sangre Test rápido oral Test convencional (Elisa)

Resultado test de cribado:

Reactivo No reactivo Indeterminado

¿Se ha realizado un test adicional?

Sí
 No
 No sabe

¿Qué tipo de test?

Test rápido en sangre Test rápido oral Test convencional (Elisa)

Resultado test adicional:

Reactivo No reactivo

¿El/la cliente ha recibido el resultado del test de cribado?

Sí No No sabe

Fecha recepción resultado del cribado:

Día Mes Año

Consejo post-test:

¿Consejería post-test realizada? Sí No No sabe

Prueba confirmatoria del VIH:

Prueba confirmatoria realizada?

Sí No No sabe

Fecha recolección de la muestra:

Día Mes Año

Resultado prueba confirmatoria:

Positivo Negativo No concluyente

¿El/la cliente ha recibido el resultado de la prueba confirmatoria?

Sí No No sabe

Fecha recepción resultado prueba confirmatoria:

Día Mes Año

Acceso al sistema sanitario para los VIH positivos detectados:

Paciente derivado con éxito al sistema sanitario:

Sí No No sabe

Fecha derivación:

Día Mes Año

Primer recuento CD4: _____

Fecha primer recuento CD4:

Día Mes Año

MÓDULO B**Test de la sífilis:**

¿Prueba de sífilis anterior?

Sí No No sabe

Última prueba de sífilis realizada:

Menos de 3 meses Menos de 12 meses
 Más de 12 meses No sabe

Diagnóstico previo de sífilis?

Sí No No sabe

Fecha último diagnóstico sífilis:

Día Mes Año

Test de la sífilis realizado?

Sí No

Fecha recolección de la muestra:

Día Mes Año

Tipo de test usado:

Test rápido Test convencional

Resultado test rápido: Reactivo

No reactivo

¿Prueba diagnóstica realizada?

Sí
 No
 No sabe

Fecha recolección de la muestra:

Día Mes Año

Diagnóstico sífilis:

Infección activa Cicatriz serológica (infección antigua o curada) Desconocido Negativo

Test VHC:

¿Prueba de VHC anterior?

Sí No No sabe

Última prueba de VHC realizada:

Menos de 3 meses Menos de 12 meses
 Más de 12 meses No sabe

Diagnóstico previo de VHC?

Sí No No sabe

Fecha último diagnóstico VHC:

Día Mes Año

Test de VHC realizado?

Sí No

Fecha recolección de la muestra:

Día Mes Año

Tipo de test usado:

Test rápido oral Test rápido sanguíneo Test convencional

Resultado test rápido: Reactivo

No reactivo

¿Test RNA del VHC realizado?

Sí
 No
 No sabe

Fecha recolección de la muestra:

Día Mes Año

Diagnóstico VHC:

Infección activa Cicatriz serológica (infección antigua o curada) Desconocido Negativo

Vacunación ITS:

Vacunación contra la Hepatitis A (con todas las dosis requeridas)

Sí No No sabe

Vacunación contra la Hepatitis B (con todas las dosis requeridas)

Sí No No sabe

Vacunación contra virus Papiloma (con todas las dosis requeridas)

Sí No No sabe

¿Otras vacunaciones realizadas? (con todas las dosis requeridas)

Sí No No sabe

¿Cuál/es otra/s?

Comentarios:
