

## Otras ITS

Fecha de la visita:

Día		Mes		Año			

Identificador único de la persona usuaria (COBATEST):

Día		Mes de nacimiento		Año		Nº de hermanos mayores		Nº de hermanas mayores		inicial nombre madre

Género (0 hombre cis, 1 mujer cis, 2 hombre trans, mujer trans o persona no binaria)

### Pruebas de ITS previas:

¿Te han hecho pruebas de ITS alguna vez?

Sí →  
 No  
 No sabe

Año de la última prueba de ITS:

Año

¿Has tenido alguna ITS en los últimos 12 meses?

Sí →  
 No  
 No sabe

Cuál(es):

<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Virus papiloma (verrugas genitales)
<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Linfogranuloma
<input type="checkbox"/> Chlamidia	<input type="checkbox"/> Tricomoniasis
<input type="checkbox"/> Herpes genital	<input type="checkbox"/> Otra: _____

¿Has recibido tratamiento completo?

Sí    No    No sabe

### Cribado de clamidia y gonorrea:

Presencia de síntomas de clamidia/gonorrea?

Sí →  
 No  
 No sabe

Cuál(es):

Dolor genital/rectal  
 Fluido genital anormal  
 Otro: \_\_\_\_\_

### Prueba de clamidia:

¿Prueba de clamidia realizada?

Sí    No    No sabe

Fecha recolección de muestra:

Día		Mes		Año			

Tipo de muestra recogida (*multirespuesta*):

Orina    Genital    Rectal    Faríngea

Tipo de test usado:

PCR convencional    PCR en punto de atención (Genexpert)    Prueba rápida    No sabe

**Resultado test:**  Positivo    Negativo    No concluyente

¿La prueba fue repetida?

Sí    No    No sabe

**Resultado test:**  Positivo    Negativo    No concluyente

¿Se ha hecho tratamiento?

Sí    No    No sabe

Fecha tratamiento:

Día		Mes		Año			

### Prueba de gonorrea:

¿Prueba de gonorrea realizada?

Sí    No    No sabe

Fecha recolección de muestra:

Día		Mes		Año			

Tipo de muestra recogida (*multirespuesta*):

Orina    Genital    Rectal    Faríngea

Tipo de test usado:

PCR convencional    PCR en punto de atención (Genexpert)    Prueba rápida    No sabe

**Resultado test:**  Positivo    Negativo    No concluyente

¿La prueba fue repetida?

Sí    No    No sabe

**Resultado test:**  Positivo    Negativo    No concluyente

¿Se ha hecho tratamiento?

Sí    No    No sabe

Fecha tratamiento:

Day		Mes		Año			