**Avaliação de Profilaxia Pré-exposição (PrEP) para Triagem de Risco substancial e Elegibilidade**

|  |  |
| --- | --- |
| **1 Informações sobre a instituição** | |
| Nome da Instituição | |
| Data da visita inicial do cliente  *(dd/mm/aa)* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ | Pessoa que preencheu o formulário |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2 Informação sobre o cliente** | | |
| Primeiro nome | Nome do meio | Sobrenome |
| Endereço | Telefone # | |
| Número de ID exclusivo do cliente | Número de ID da unidade de saúde | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3 Dados demográficos do cliente** | |
| **Qual seu sexo no nascimento?** | Masculino  Feminino Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Qual é o seu sexo atual?** | Masculino  Feminino  Transgênero (masculino para feminino)  Transgênero (feminino para masculino)  Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Qual é sua idade atual?** | *\_\_\_\_\_\_\_ número de anos* |

|  |  |
| --- | --- |
| **4 Avaliação para triagem de risco substancial para infecção pelo HIV:** | |
| **Os clientes estão em risco substancial se pertencerem a qualquer uma das três categorias abaixo:** | **Perguntas realizadas pelos cuidadores:** |
| **1) Se são sexualmente ativos em uma população de alta prevalência de HIV: Relatar TAMBÉM qualquer um dos abaixo nos últimos seis meses.** | Você tem sido sexualmente ativo nos últimos seis meses? |
| Registre em caso de relação sexual vaginal ou anal sem preservativo com mais de um parceiro | Com quantas pessoas você teve sexo vaginal ou anal nos últimos seis meses?  Usou preservativo de forma consistente durante as relações sexuais nos últimos seis meses? |
| Tem um parceiro sexual com um ou mais dos riscos de infecção por HIV | Você já teve um parceiro sexual nos últimos seis meses que:   * Está vivendo com HIV? * Injeta drogas? * Tem sexo com homens? * É uma pessoa transgênero? * É um profissional do sexo? * Tem relações sexuais com múltiplos parceiros sem preservativos? |
| Histórico de uma infecção sexualmente transmissível (IST) (com base em auto-relato, teste de laboratório, tratamento sindrômico de IST) | Você já teve uma IST nos últimos seis meses? |
| Histórico de uso da profilaxia pós-exposição (PEP) | Você fez uso da profilaxia pós-exposição (PEP) após uma potencial exposição ao HIV nos últimos seis meses? |
| **2) Em caso de histórico de partilhamento de material / equipamento de injeção nos últimos seis meses** | Você compartilhou material injetável com outras pessoas? |
| **3) *Em caso* de relatos de parceiro sexual nos últimos seis meses que é HIV positivo e que não tenha tido tratamento efetivo \* para HIV**  *\* Em terapia anti-retroviral (TARV) por menos de seis meses, ou tem a adesão inconsistente ou desconhece* | Seu parceiro está infectado pelo HIV? Ele / ela está em TARV? Qual foi o último resultado da carga viral? |

|  |  |
| --- | --- |
| **5 Elegibilidade para PrEP** | |
| **Cliente é elegível se prencher todos os critérios abaixo:** | **Instruções para os cuidadores:** |
| **HIV negativo** | Data em que o cliente foi testado: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ (dd / mm / aa)  Data em que o cliente recebeu os resultados dos testes: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  Resultado do teste: □ Negativo □ Positivo \* *(\* Refere-se a cuidados médicos de HIV)*  Tipo de teste utilizado: □ Determine □ UniGold □ Elisa □ Outro: \_\_\_\_\_ |
| **Em risco substancial de HIV** | Pelo menos um item / se um dos riscos na opção 4 acima estiver assinalada |
| **Não tem sinais / sintomas de infecção aguda de HIV** | Ver opção # 6 abaixo para confirmar nenhuma exposição recente ao HIV |
| **Tem depuração da creatinina (EGFR) > 60 ml / min** | Resultado de eGFR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Se todas as opções acima estiverem assinaladas, oferecer PrEP** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6 Exposição recente ao HIV. PERGUNTE "Nos últimos 3 dias:"** | | | |
| Você já teve relações sexuais sem preservativo com uma pessoa vivendo com HIV que não esteja em tratamento? | **Sim\*\*** | Não | Não sei |
| Você já teve um "resfriado" ou "gripe" ou uma dor de garganta, coriza, febre? | **Sim\*\*** | Não | Não sei |
| **\*\* Se somente relatou relações sexuais sem preservativo, considerar a profilaxia pós-exposição (PEP).**  **\*\* Se relatou AMBOS, sexo sem preservativo e sintomas gripais, deve-se suspeitar de uma infecção aguda de HIV.**   * **Neste caso, NÃO oferecer PrEP ou PEP e realizar testes de HIV (repetir nas quatro semanas subsequentes, em caso de negativo para o teste de reação em cadeia da polimerase (PCR) para determinar se o cliente tem possível de infecção aguda de HIV confirmada.** | | | |

|  |
| --- |
| **7 Cliente recebeu:** |
| **Indicação para PrEP** |
| **Encaminhamento para PEP** |
| **Encaminhado para teste de PCR / teste ou repetição de teste de HIV Ag (em caso de suspeita de infecção aguda de HIV)** |
| **Encaminhamento para tratamento de HIV** |