**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** [ ]  |