

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 <i>(dd/mm/aa)</i> __ __ / __ __ / __ __	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?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Qual é o seu sexo atual?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero (masculino para feminino) <input type="checkbox"/> Transgênero (feminino para masculino) <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Qual é sua idade atual?	_____ <i>número de anos</i>	
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?	
<input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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? 	

<input type="checkbox"/> Histórico de uma infecção sexualmente transmissível (IST) (com base em auto-relato, teste de laboratório, tratamento sintomático de IST)	Você já teve uma IST nos últimos seis meses?
<input type="checkbox"/> 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 <i>* Em terapia anti-retroviral (TARV) por menos de seis meses, ou tem a adesão inconsistente ou desconhece</i>	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 preencher todos os critérios abaixo:

Instruções para os cuidadores:

<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo * (* Refere-se a cuidados médicos de HIV) Tipo de teste utilizado: <input type="checkbox"/> Determine <input type="checkbox"/> UniGold <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Em risco substancial de HIV	Pelo menos um item / se um dos riscos na opção 4 acima estiver assinalada
<input type="checkbox"/> Não tem sinais / sintomas de infecção aguda de HIV	Ver opção # 6 abaixo para confirmar nenhuma exposição recente ao HIV
<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sim**	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
Você já teve um "resfriado" ou "gripe" ou uma dor de garganta, coriza, febre?	<input type="checkbox"/> Sim**	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 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