**FERRAMENTA REFORÇADA PARA O PLANO DE ADESÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÃO SOBRE O PACIENTE** | | | | | | | | | |
| **Número do paciente:**  **Idade:** | | | | **Estabelecimento de saúde:**  **Sexo:** | | | | | |
| **REGIME DE ARVs** | | | | | | | | | |
|  | | | | **Data de início: DD/MM/AAAA**  **DD/MM/AAAA** | | | | | |
| **RESULTADOS DO TESTE DE CARGA VIRAL** | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c/ml** | | | | **Data: DD/MM/AAAA** | | | | | |
| **1.ª SESSÃO SOBRE O REFORÇO DA ADESÃO** | | | | | | | | | |
| **Data:**  **DD/MM/AAAA**  **Adesão** *(consultar a tabela de códigos):*   * Boa * Adequada * Fraca   Não foi buscar medicam. à farmácia?  □ S □ N | **Obstáculos:**   * Esqueceu-se * Conhecimen-tos/ crenças * Efeitos secundários * Doença física * Uso de substâncias * Depressão * Dosagem * Perdeu/ acabaram * Transporte | | * Recusa/ comportamento da criança * Programação * Medo de divulgar * Família/ companheiro/a * Insegurança alimentar * Estoques esgotados * Longas esperas * Estigma * Outra razão\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **Intervenções:**  *Serviços*   * Educação * Aconselham. (indiv.) * Aconselham. (grupo) * Apoio de colegas * Amigo de tratamento * Esperas prolongadas * CAG * DOT | | *Ferramentas*   * Caixa comprimidos * Calendário * Calendário de incentiv. (ped.) * Instrução p. ingerir ARVs * Instruções escritas * Chamadas * Mensagens texto * Alarmes * Outra razão \_\_\_\_\_\_\_ |
| **Encaminhamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **Data de seguimento: DD/MM/AAAA** | | | |
| **Comentários** (descrever obstáculos e intervenções planeadas): | | | | |  | | | | |
| **Assinatura do provedor:** | | | | |  | | | | |
| **2ª SESSÃO SOBRE O REFORÇO DA ADESÃO** *(Preencher mensalmente até alcançar uma boa adesão)* | | | | | | | | | |
| **Data:**  **DD/MM/AAAA**  **Adesão** *(consultar a tabela de códigos):*   * Boa * Adequada * Fraca   Não foi buscar medicam. à farmácia?  □ S □ N | **Obstáculos:**   * Esqueceu-se * Conheci-mentos/ crenças * Efeitos secundários * Doença física * Uso de substâncias * Depressão * Dosagem * Perdeu/ acabaram   Transporte | * Recusa/ comportamento da criança * Programação * Medo de divulgar * Família/ companheiro * Insegurança alimentar * Estoques esgotados * Longas esperas * Estigma * Outra razão\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Intervenções:**  *Serviços*   * Educação * Aconselham. (indiv.) * Aconselham. (grupo) * Apoio de colegas * Amigo de tratamento * Esperas prolongadas * CAG * DOT | *Ferramentas*   * Caixa comprimidos * Calendário * Calendário de incentiv. (ped.) * Instrução p. ingerir ARVs * Instruções escritas * Chamadas * Mensagens texto * Alarmes * Outra razão \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Encaminhamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **Data de seguimento: DD/MM/AAAA** | | | |
| **Comentários** (descrever se as intervenções ajudaram ou não e se existem novos obstáculos e intervenções planeadas): | | | | | | | | | |
| **Assinatura do provedor:** | | | | |  | | | | |
| **3ª SESSÃO SOBRE O REFORÇO DA ADESÃO** *(Preencher mensalmente até alcançar uma boa adesão; se necessário, usar mais folhas)* | | | | | | | | | |
| **Data:**  **DD/MM/AAAA**  **Adesão:**  *(consultar a tabela de códigos):*   * Boa * Adequada * Fraca   Não foi buscar medicam. à farmácia?  □ S □ N | **Obstáculos:**   * Esqueceu-se * Conheci-mentos/ crenças * Efeitos secundários * Doença física * Uso de substâncias * Depressão * Dosagem * Perdeu/ acabaram * Transporte | * Recusa/ comportamento da criança * Programação * Medo de divulgar * Família/ companheiro * Insegurança alimentar * Estoques esgotados * Longas esperas * Estigma * Outra razão\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Intervenções:**  *Serviços*   * Educação * Aconselham. (indiv.) * Aconselham. (grupo) * Apoio de colegas * Amigo de tratamento * Esperas prolongadas * CAG * DOT | *Ferramentas*   * Caixa comprimidos * Calendário * Calendário de incentiv. (ped.) * Instrução p. ingerir ARV * Instruções escritas * Chamadas * Mensagens texto * Alarmes * Outra razão \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Encaminhamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **Data de seguimento: DD/MM/AAAA** (se a adesão é boa deve tentar manter contacto com o paciente entre a 3ª sessão e a data de repetição do teste de carga viral; se a adesão ainda não é boa, fornecer a data da próxima sessão de adesão) | | | |
| **Comentários** (descrever se as intervenções ajudaram ou não e se existem novos obstáculos e intervenções planeadas): | | | | | | | | | |
| **Assinatura do provedor:** | | | | |  | | | | |
| **REPETIR O TESTE DE CARGA VIRAL** *(Preencher 3-6 meses DEPOIS de alcançar uma boa adesão)* | | | | | | | | | |
| **Resultado do Teste de Carga Viral Repetido:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c/ml** | | | | | **Data: DD/MM/AAAA** | | | | |
| **Plano:**   * **Permanecer no regime actual** * **Mudar para o regime de segunda linha** * **Consultar o médico antes de prosseguir** * **Adicionar sessões de adesão** * **Repetir teste de carga viral dentro de 3 meses** | | | | | **Data:**  **DD/MM/AAAA**  **DD/MM/AAAA**  **DD/MM/AAAA**  **DD/MM/AAAA**  **DD/MM/AAAA** | | | | |
| **Comentários:** | | | | |  | | | | |
| **Assinatura do provedor:** | | | | |  | | | | |