**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:** |  |