**Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para Profilaxia   
Pré-Exposição (PrEP)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Informações da unidade** | |
| Nome da unidade | |
| Data da consulta inicial do cliente  *(dd/mm/aaaa)* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | Pessoa que preencheu o formulário |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Informações do cliente** | | |
| Nome | Segundo nome | Sobrenome |
| Endereço | Telefone | |
| ID do Cliente |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Dados demográficos do cliente** | |
| **Qual foi seu sexo no nascimento?** | Masculino  Feminino  Outro *(especificar):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sem resposta |
| **Qual é seu gênero atual?** | Masculino  Feminino   Transgênero *(masculino para feminino)*  Transgênero *(feminino para masculino)*  Outro *(especificar):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sem resposta |
| **Qual a sua idade?** *(Especifique o número de anos.)* | *\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Triagem para risco substancial de infecção por HIV** | | |
| **O cliente corre um risco substancial se pertencer às categorias** ➊, ➋, **ou** ➌*abaixo* | | **Modelos de pergunta para provedores** |
| ➊ **Se o cliente é sexualmente ativo em uma população com alta prevalência de HIV E informa QUALQUER uma das alternativas abaixo nos últimos 6 meses** | | Você esteve sexualmente ativo nos últimos 6 meses? |
| Relata relação sexual vaginal ou anal sem preservativos com mais de um parceiro | | Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas você fez  sexo vaginal ou anal?  Nos últimos 6 meses, você usou preservativos consistentemente durante o sexo? |
| Tem um parceiro sexual com um ou mais riscos   de HIV: | | Nos últimos 6 meses, você teve um parceiro sexual que:   * Convive com o HIV? * Injeta drogas? * Faz sexo com homens? * É uma pessoa transgênero? * É profissional do sexo? * Faz sexo com múltiplos parceiros sem preservativos? |
| Histórico de infecção sexualmente transmissível (IST) *com base em autorrrelato, teste de laboratório, tratamento sindrômico de IST* | | Nos últimos 6 meses, você teve alguma IST? |
| Histórico de uso de profilaxia pós-exposição (PEP) | | Nos últimos 6 meses, você fez profilaxia pós-exposição (PEP) após uma possível exposição ao HIV? |
| ➋ **Se o cliente relatar histórico de compartilhamento de material ou equipamento de injeção nos últimos 6 meses**  Histórico de compartilhamento de material ou  equipamento de injeção | | Nos últimos 6 meses, você compartilhou material injetável  com outras pessoas? |
| ➌ **Se o cliente relatar ter tido um parceiro sexual nos últimos 6 meses que é HIV-positivo E que não está em tratamento eficaz\* contra o HIV** (ou seja, o parceiro está em TARV há menos de 6 meses ou tem adesão inconsistente ou desconhecida)  Histórico de parceiro sexual HIV-positivo não fazendo tratamento eficaz | | O seu parceiro é HIV-positivo?  Ele está fazendo TARV?  Qual foi o último resultado de carga viral? |
| **5. Elegibilidade para PrEP** | | |
| **O cliente é elegível se preencher TODOS os critérios abaixo:** |  | |
| **HIV-negativo** | **Data do exame do cliente:** *(dd/mm/aaaa):* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Data em que o cliente recebeu os resultados do exame:** *(dd/mm/aaaa):* \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Resultado do exame:**  Negativo    Positivo *(Encaminhar para cuidados médicos de HIV.)*     Inconclusivo *(Repetir o exame em 14 dias.)*  **Tipo de teste usado:**  Determine  Unigold  ELISA  Outro *(especificar):* | |
| **Em risco substancial de HIV** | Pelo menos um item/risco na Seção 4 acima está marcado | |
| **Não tem sinais/sintomas de infecção aguda pelo HIV** | Veja a Seção 6 abaixo para confirmar que não há exposição recente ao HIV | |
| **Tem clearance da creatinina (TFGe) >60 ml/min** | Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data do teste de creatinina   *(dd/mm/aaaa):*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| **Se todas as alternativas da Seção 5 estiverem marcadas, ofereça PrEP.** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. Exposição recente ao HIV** | | | |
| *Pergunte ao cliente:*  Nas últimas 72 horas, você fez sexo sem preservativo com alguém cujo status de HIV seja positivo ou desconhecido, ou compartilhou equipamentos de injeção com alguém cujo status de HIV seja positivo ou desconhecido para você? | **Sim\*** | Não | Não sei |
| Nos últimos 28 dias, você teve sintomas de resfriado ou gripe, incluindo febre, fadiga, dor de garganta, dor de cabeça ou dor ou sensibilidade muscular? | **Sim\*\*** | Não | Não sei |
| **\*** **Se o cliente relatar exposição potencial ao HIV nas últimas 72 horas, NÃO ofereça a PrEP. Siga os procedimentos da unidade para avaliar ou encaminhar para avaliação de profilaxia pós-exposição (PEP).**  **\*\*** **Se o cliente relatar sintomas semelhantes aos da gripe ou outros sinais de infecção aguda pelo HIV, NÃO ofereça a PrEP e avalie mais detalhadamente, seguindo os procedimentos da unidade para diagnosticar infecção aguda pelo HIV.** | | | |

|  |
| --- |
| **7. Serviços Recebidos pelo Cliente** |
| **PrEP oferecida.**   * **PrEP aceita.** * **PrEP recusada.** (*Se recusada, consulte* Motivos para Recusar a PrEP, *abaixo).*   **Data de elegibilidade** *(dd/mm/aaaa):*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Data de início** *(dd/mm/aaaa):*\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ *Iniciação no mesmo dia recomendada.*  **Motivos para Recusar a PrEP** *(assinale todas as opções que se aplicam.)*  **Não há necessidade de PrEP**  **Não deseja tomar uma medicação diária**  **Preocupações sobre os efeitos colaterais**  **Preocupações sobre o que os outros podem pensar**  **Preocupações sobre o tempo necessário para o acompanhamento clínico**  **Preocupações sobre a segurança da medicação**  **Preocupações sobre a eficácia da medicação**  **Outros** *(especificar):* |
| **Encaminhado para avaliação de PEP** |
| **Encaminhado para teste PCR/HIV Ag ou reteste de HIV de acompanhamento (em caso de suspeita de infecção aguda pelo HIV)** |