

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

1. Informações da unidade		
Nome da unidade		
Data da consulta inicial do cliente <i>(dd/mm/aaaa)</i> ___/___/_____	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?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro ( <i>especificar</i> ): _____ <input type="checkbox"/> Sem resposta	
Qual é seu gênero atual?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero ( <i>masculino para feminino</i> ) <input type="checkbox"/> Transgênero ( <i>feminino para masculino</i> ) <input type="checkbox"/> Outro ( <i>especificar</i> ): _____ <input type="checkbox"/> Sem resposta	
Qual a sua idade? <i>(Especifique o número de anos.)</i>	_____	
4. Triagem para risco substancial de infecção por HIV		
<b>O cliente corre um risco substancial se pertencer às categorias 1, 2, ou 3 abaixo</b>	<b>Modelos de pergunta para provedores</b>	
<b>1 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</b>	Você esteve sexualmente ativo nos últimos 6 meses?	
<input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> Tem um parceiro sexual com um ou mais riscos de HIV:	Nos últimos 6 meses, você teve um parceiro sexual que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convive com o HIV?</li> <li>• Injeta drogas?</li> <li>• Faz sexo com homens?</li> <li>• É uma pessoa transgênero?</li> <li>• É profissional do sexo?</li> <li>• Faz sexo com múltiplos parceiros sem preservativos?</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Histórico de infecção sexualmente transmissível (IST) com base em autorrelato, teste de laboratório, tratamento sintomático de IST	Nos últimos 6 meses, você teve alguma IST?	
<input type="checkbox"/> Histórico de uso de profilaxia pós-exposição (PEP)	Nos últimos 6 meses, você fez profilaxia pós-exposição (PEP) após uma possível exposição ao HIV?	
<b>2 Se o cliente relatar histórico de compartilhamento de material ou equipamento de injeção nos últimos 6 meses</b>	Nos últimos 6 meses, você compartilhou material injetável com outras pessoas?	
<input type="checkbox"/> Histórico de compartilhamento de material ou equipamento de injeção		
<b>3 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)</b>	O seu parceiro é HIV-positivo? Ele está fazendo TARV? Qual foi o último resultado de carga viral?	
<input type="checkbox"/> Histórico de parceiro sexual HIV-positivo não fazendo tratamento eficaz		

## 5. Elegibilidade para PrEP

O cliente é elegível se preencher **TODOS** os critérios abaixo:

<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo (Encaminhar para cuidados médicos de HIV.) <input type="checkbox"/> Inconclusivo (Repetir o exame em 14 dias.) Tipo de teste usado: <input type="checkbox"/> Determine <input type="checkbox"/> Unigold <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> Outro (especificar):
<input type="checkbox"/> Em risco substancial de HIV	Pelo menos um item/risco na Seção 4 acima está marcado
<input type="checkbox"/> Não tem sinais/sintomas de infecção aguda pelo HIV	Veja a Seção 6 abaixo para confirmar que não há exposição recente ao HIV
<input type="checkbox"/> Tem clearance da creatinina (TFGe) >60 ml/min	Resultado: _____ Data do teste de creatinina (dd/mm/aaaa): ____/____/_____ (dd/mm/aaaa): ____/____/_____

**Se todas as alternativas da Seção 5 estiverem marcadas, ofereça PrEP.**

## 6. Exposição recente ao HIV

<i>Pergunte ao cliente:</i> 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?	<input type="checkbox"/> Sim*	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sim**	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
* Se o cliente relatar exposição potencial ao HIV nas últimas 72 horas, <b>NÃO</b> 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, <b>NÃO</b> ofereça a PrEP e avalie mais detalhadamente, seguindo os procedimentos da unidade para diagnosticar infecção aguda pelo HIV.			

## 7. Serviços Recebidos pelo Cliente

<input type="checkbox"/> PrEP oferecida. <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> PrEP aceita.</li><li><input type="checkbox"/> PrEP recusada. (Se recusada, consulte Motivos para Recusar a PrEP, abaixo).</li></ul> Data de elegibilidade (dd/mm/aaaa): ____/____/_____ Data de início (dd/mm/aaaa): ____/____/_____ Iniciação no mesmo dia recomendada. <b>Motivos para Recusar a PrEP</b> (assinale todas as opções que se aplicam.) <input type="checkbox"/> Não há necessidade de PrEP <input type="checkbox"/> Não deseja tomar uma medicação diária <input type="checkbox"/> Preocupações sobre os efeitos colaterais <input type="checkbox"/> Preocupações sobre o que os outros podem pensar <input type="checkbox"/> Preocupações sobre o tempo necessário para o acompanhamento clínico <input type="checkbox"/> Preocupações sobre a segurança da medicação <input type="checkbox"/> Preocupações sobre a eficácia da medicação <input type="checkbox"/> Outros (especificar):
<input type="checkbox"/> Encaminhado para avaliação de PEP
<input type="checkbox"/> Encaminhado para teste PCR/HIV Ag ou reteste de HIV de acompanhamento (em caso de suspeita de infecção aguda pelo HIV)