**Registro da Unidade para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** *(dd/mm/aaaa)* | | **Pessoa que preencheu o formulário** | | | |
| **A. Informações da unidade** | | | | | |
| **Nome da unidade** | **Bairro** | | |  | |
| **Data da Consulta de Triagem Inicial do Cliente PrEP**  *(dd/mm/aaaa):* / / | | | | **Número de Cliente PrEP** *(se aplicável)* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B. Dados demográficos do cliente** | | |
| **Nome:** | **Segundo nome:** | **Sobrenome:** |
| **Endereço:** | **Telefone:**  **Telefone (alternativo):** | |
| **Data de nascimento** *(dd/mm/aaaa)*\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | **Idade** *(anos)***:** | |
| **ID do Cliente:** | **Estado Civil:** ❑ Solteiro ❑ Casado ❑ Divorciado ❑ Viúvo ❑ Separado ❑ Sem resposta | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C. Classificação de Risco Central de Sexo e Drogas Injetáveis** | | | |
| **1. Você se considera: masculino, feminino, transgênero ou outro?**  ❑ Masculino  ❑ Feminino  ❑ Transgênero masculino para feminino (MTF)  ❑ Transgênero feminino para masculino (FTM)  ❑ Outro *(especificar):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ❑ Sem resposta | | **2. Qual foi seu sexo no nascimento?**  ❑ Masculino  ❑ Feminino  ❑ Outro *(especificar):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ❑ Sem resposta | |
| **3. Você faz sexo com:** | ❑ Homens apenas ❑ Mulheres apenas ❑ Mulheres e homens ❑ Sem resposta | | |
| **4. Você usou o sexo como sua principal fonte de renda nos últimos 6 meses?** | | | ❑ Sim ❑ Não ❑ Sem resposta |
| **5. Nos últimos 6 meses, você injetou drogas ilícitas ou ilegais?** | | | ❑ Sim ❑ Não ❑ Sem resposta |
| **6. Você está preso?** | | | ❑ Sim ❑ Não ❑ Sem resposta |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D. Classificação da População-Chave (uma pessoa pode pertencer a mais de uma categoria) | | |  |
| Se o cliente responder "Masculino" à pergunta 1 e responder "Somente homens" ou "Homens e mulheres" à pergunta 3, categorize como homem que faz sexo com homens (HSH) | | | ❑ |
| Se o cliente responder "Transgênero MTF" ou "FTM" à pergunta 1, então, categorize como transgênero (TG)  (cruzar com a pergunta 2) | | | ❑ |
| Se o cliente responder "Sim" à pergunta 4, categorize como profissional do sexo (PS) | | | ❑ |
| Se o cliente responder "Sim" à pergunta 5, categorize como pessoa que usa drogas injetáveis (PUD) | | | ❑ |
| Se o cliente responder "Sim" à pergunta 6, categorize como pessoa na prisão (PP) | | | ❑ |
| Se o cliente não é transgênero (TG) e responde “Não” ou “Sem resposta” às perguntas 3-7, classifique como Nenhum | | | ❑ |
| Homem que faz sexo com homens (HSH)  Transgênero (TG)  Profissional do sexo (PS)  Pessoa que usa drogas injetáveis (PUD)  Pessoa na prisão (PP)  Outro *(especificar)*  Nenhum | **Classificação final**:  (*Assinale TODAS que se aplicam\**)  ❑ HSH  ❑ TG  ❑ PS  ❑ PUD  ❑ PP  ❑ Outro *(especificar):\_\_\_\_\_\_\_*  ❑ Nenhum | *\*Alguns clientes podem pertencer a mais de uma categoria devido à sobreposição de comportamentos de risco.* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **E. SE FEMININO: Gravidez e Amamentação** | **F. Testes Laboratoriais Basais** |
| **Cliente atualmente grávida?** ❑ Sim ❑ Não  **Cliente atualmente amamentando?** ❑ Sim ❑ Não | Data do último teste de HIV *(dd/mm/aaaa):* \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_  Data do teste de creatinina *(dd/mm/aaaa):* \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ ❑ Não realizado  Clearance de creatinina calculado (CrCl): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ Não realizado  Data do clearance de creatinina (CrCl) *(dd/mm/aaaa):* / / |

|  |  |
| --- | --- |
| **G. Teste, Vacinação e Tratamento da Hepatite B** | |
| **Data do teste HBsAg** *(dd/mm/aaaa):* / / | **Resultado do teste:** ❑ Negativo ❑ Positivo ❑ Não realizado |
| **Se positivo, cliente em tratamento?** ❑ Sim ❑ Não ❑ Desconhecido | **Se negativo, datas de vacinação contra HBV** *(se disponível):* *(dd/mm/aaaa)*  1) \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_  3) / / ❑ Não realizado |

|  |
| --- |
| **H. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** |
| **Data de triagem de sintomas de IST** *(dd/mm/aaaa):* **\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_** **Resultado** *(\*ver códigos)****:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Não realizado  **\*** **Códigos de sintomas de IST** *(selecione todos os que se aplicam)*: **U**=Corrimento uretral. **G**=Úlceras ou lesões genitais. **V**=Corrimento vaginal. **C**=Coceira. **I**= Dor abdominal inferior *(apenas mulheres).* **E**=Inchaço escrotal. **B**=Bubão na região inguinal. **D**=Disúria (dor ao urinar). **S**=Dor com relação sexual *(apenas mulheres)*. **O**=Outro *(especificar)*  **Se manejo sindrômico de IST, síndrome tratada** *(\*\*ver códigos):* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Não realizado  **\*\*** **Códigos de síndromes de IST** *(selecione todos os que se aplicam)*: **SUG**=Síndrome da Úlcera Genital. **SCV**=Síndrome do Corrimento Vaginal. **DAI**=Dor abdominal inferior. **SUM**=Síndrome da uretrite masculina. **IE**=Inchaço escrotal.  **O**=Outro *(especificar)*  **Data de início do tratamento de IST** *(dd/mm/aaaa):* / / ❑ Não iniciou o tratamento |

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Início do Tratamento PrEP** | |
| **Data de início da PrEP** | **Data de início** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **PrEP (ARVs) prescritos** | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC ❑ TDF ❑ Outros *(especificar):* |
| **PrEP descontinuada** | **Data da descontinuação** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **Motivos para parar a PrEP:** ❑ Teste HIV + ❑ Não está mais em risco substancial ❑ Efeitos colaterais ❑ Preferência do cliente ❑ Resultado anormal da creatinina  ❑ Outro *(especificar):* |
| **Status de HIV no momento da descontinuação**: ❑ Negativo ❑ Positivo   ❑ Desconhecido |
| **Reinício da PrEP** | |
| **Data de reinício da PrEP** | **Data de reinício** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **PrEP (ARVs) prescritos** | ❑ TDF/FTC ❑ TDF/3TC ❑ TDF ❑ Outros *(especificar)*: |
| **PrEP descontinuada** | **Data da descontinuação** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **Motivos para parar a PrEP:** ❑ Teste HIV + ❑ Não está mais em risco substancial ❑ Efeitos colaterais ❑ Preferência do cliente ❑ Resultado anormal da creatinina  ❑ Outros *(especificar)*: |
| **Status de HIV no momento da descontinuação**: ❑ Negativo ❑ Positivo ❑ Desconhecido |

|  |  |
| --- | --- |
| **J. Transferido, Falecido e Acompanhamento Perdido** | |
| ❑ **Transferido (TO)** | **Data da transferência** *(dd/mm/aaaa):* \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **Nome da clínica para a qual foi transferido:** |
| **❑ Falecido** | **Data da morte** *(dd/mm/aaaa):* / / |
| **❑ Acompanhamento Perdido** | **Data de confirmação de acompanhamento perdido** *(dd/mm/aaaa):* / / |

**Consultas de acompanhamento da PrEP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data da consulta** *(dd/mm/aaaa)* **(começando com a consulta de triagem)** | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ |
| **Teste de HIV** Resultado do teste:  *Testes usados:* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ Inconclusivo  *Primeiro:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmatório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ Inconclusivo  *Primeiro:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmatório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ Inconclusivo  *Primeiro:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmatório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ Inconclusivo  *Primeiro:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmatório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ Inconclusivo  *Primeiro:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmatório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ Inconclusivo  *Primeiro:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmatório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ❑ Negativo  ❑ Positivo  ❑ Inconclusivo  *Primeiro:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Confirmatório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **Sinais e sintomas  de infecção aguda pelo HIV?** | ❑ Sim  ❑ Não | ❑ Sim  ❑ Não | ❑ Sim  ❑ Não | ❑ Sim  ❑ Não | ❑ Sim  ❑ Não | ❑ Sim  ❑ Não | ❑ Sim  ❑ Não |
| **Efeitos colaterais da PrEP**  (*ver códigos* – *inserir um traço se nenhum)* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cálculo CrCl**  (*basal e a cada 6 meses)* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aconselhamento e itens para redução de riscos fornecidos?** (*assinalar em caso positivo*) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Prescrição de PrEP**  *ARVs prescritos (assinalar)* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Outro *(especificar):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Outro *(especificar):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Outro *(especificar):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Outro *(especificar):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Outro *(especificar):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Outro *(especificar):* | ❑ TDF/FTC  ❑ TDF/3TC  ❑ TDF  ❑ Outro *(especificar):* |
| **Data da próxima consulta PrEP agendada** *(dd/mm/aaaa)* | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Notas adicionais** |  |  |  |  |  |  |  |

**CÓDIGOS DE EFEITOS COLATERAIS**: **A**=Dor abdominal. **E**=Erupção cutânea. **Nau**=Náusea. **V**=Vômitos. **D**=Diarreia. **F**=Fadiga. **C**=Dor de cabeça. **L**=Linfonodos aumentados.   
 **R**=Febre.  **O**=Outro *(especificar)*