**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 realizadoClearance 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)*