

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

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

<b>B. Dados demográficos do cliente</b>		
Nome:	Segundo nome:	Sobrenome:
Endereço:	Telefone:	
	Telefone (alternativo):	
Data de nascimento (dd/mm/aaaa) ____ / ____ / ____	Idade (anos):	
ID do Cliente:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Sem resposta	

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

<b>D. Classificação da População-Chave (uma pessoa pode pertencer a mais de uma categoria)</b>	
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)	<input type="checkbox"/>
Se o cliente responder "Transgênero MTF" ou "FTM" à pergunta 1, então, categorize como transgênero (TG) (cruzar com a pergunta 2)	<input type="checkbox"/>
Se o cliente responder "Sim" à pergunta 4, categorize como profissional do sexo (PS)	<input type="checkbox"/>
Se o cliente responder "Sim" à pergunta 5, categorize como pessoa que usa drogas injetáveis (PUD)	<input type="checkbox"/>
Se o cliente responder "Sim" à pergunta 6, categorize como pessoa na prisão (PP)	<input type="checkbox"/>
Se o cliente não é transgênero (TG) e responde "Não" ou "Sem resposta" às perguntas 3-7, classifique como Nenhum	<input type="checkbox"/>

<b>Classificação final:</b> <i>(Assinale TODAS que se aplicam*)</i> <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PUD <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Nenhum	<i>*Alguns clientes podem pertencer a mais de uma categoria devido à sobreposição de comportamentos de risco.</i>
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	

E. SE FEMININO: Gravidez e Amamentação	F. Testes Laboratoriais Básicos
Cliente atualmente grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cliente atualmente amamentando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data do último teste de HIV (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____ Data do teste de creatinina (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Não realizado Clearance de creatinina calculado (CrCl): _____ <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Não realizado
Se positivo, cliente em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Se negativo, datas de vacinação contra HBV (se disponível): (dd/mm/aaaa) 1) ____ / ____ / ____    2) ____ / ____ / ____ 3) ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Não realizado

H. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	
Data de triagem de sintomas de IST (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____	Resultado (**ver códigos): _____
<input type="checkbox"/> 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=Cocceira. 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 sintomático de IST, síndrome tratada (**ver códigos): _____ <input type="checkbox"/> 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): ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Não iniciou o tratamento

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

J. Transferido, Falecido e Acompanhamento Perdido	
<input type="checkbox"/> Transferido (TO)	Data da transferência (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____ Nome da clínica para a qual foi transferido:
<input type="checkbox"/> Falecido	Data da morte (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Acompanhamento Perdido	Data de confirmação de acompanhamento perdido (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____