

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

Registro da Unidade para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

Objetivo: Documentar e rastrear clientes que iniciaram a PrEP

Para quem: Todos os clientes que iniciaram a PrEP

Quando usar: Depois de preencher o formulário de Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

Pessoal responsável: Profissional da saúde que está iniciando o cliente na PrEP

Documento fonte: Preenchido com o cliente; Formulário de Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para PrEP

DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

O Registro da Unidade da PrEP é preenchido com o cliente. Consulte o Formulário de Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para PrEP e o prontuário médico do cliente quando indicado abaixo.

- **Data:** Data em que este formulário é preenchido, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa); ex. 30/04/2018
- **Pessoa que preencheu o formulário:** nome e sobrenome do profissional da saúde que preencheu este formulário

A. INFORMAÇÕES DA UNIDADE

- **Nome da unidade:** nome do local
- **Bairro:** bairro em que a unidade está localizada
- **Data da Consulta de Triagem Inicial do Cliente PrEP:** Data em que o cliente passou por triagem para elegibilidade para a PrEP, do formulário de Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para a PrEP, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa)
- **Número de Cliente PrEP:** Número exclusivo atribuído ao cliente quando ele aceita a PrEP. Se nenhum número específico da PrEP for atribuído, deixe este espaço em branco.

B. DADOS DEMOGRÁFICOS DO CLIENTE

- **Nome:** Primeiro nome do cliente
- **Segundo nome:** nome do meio do cliente (se houver)
- **Sobrenome:** Sobrenome ou nome da família do cliente

- **Endereço:** Endereço atual do cliente (onde o cliente mora atualmente)
- **Telefone:** Telefone principal do cliente
- **Telefone (alternativo):** Qualquer outro número (se houver) que pode ser usado para entrar em contato com o cliente
- **Data de nascimento:** Dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa)
- **Idade (*anos*):** idade do cliente no aniversário mais recente, em anos
- **ID do Cliente:** Número atribuído ao cliente no registro clínico
- **Estado Civil:** Pergunte ao cliente e assinale a alternativa de estado civil do cliente: Solteiro, Casado, Divorciado, Viúvo, Separado ou Sem resposta.

C. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CENTRAL DE SEXO E DROGAS INJETÁVEIS

- **1. Você se considera: masculino, feminino, transgênero ou outro?** Gênero atual autoidentificado pelo cliente, independentemente do sexo do cliente no nascimento. Consulte o formulário de Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para PrEP e assinale a alternativa apropriada. Se Outro, especifique no espaço fornecido.
- **2. Qual foi seu sexo no nascimento?** Pergunte o sexo do cliente no nascimento e assinale Masculino, Feminino, Outro (especificar no espaço fornecido), ou Sem resposta.
- **3. Você faz sexo com:** Pergunte ao cliente e assinale a alternativa apropriada: Homens apenas, Mulheres apenas, Mulheres e homens, ou Sem resposta.
- **4. Você usou o sexo como sua principal fonte de renda nos últimos 6 meses?** Pergunte ao cliente se sua principal fonte de renda monetária ou não monetária vem do sexo e assinale a resposta apropriada: Sim, Não ou Sem resposta.
- **5. Nos últimos 6 meses, você injetou drogas ilícitas ou ilegais?** Pergunte ao cliente e assinale a alternativa apropriada: Sim, Não ou Sem resposta.
- **6. Você está preso?** Pergunte ao cliente e assinale a alternativa apropriada, Sim, Não ou Sem resposta.

D. CLASSIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO-CHAVE

- Use as informações da seção C para determinar a classificação de população-chave do cliente. Por exemplo, se o cliente responder "Masculino" à pergunta 1 da seção C e responder "Somente homens" ou "Homens e mulheres" à pergunta 3 da seção C, categorize o cliente como "HSH". Em seguida, assinale a alternativa à direita E a alternativa HSH na coluna Classificação final.
- Repita esse processo para as classificações transgênero (TG), profissional do sexo (PS), pessoa que usa drogas injetáveis (PUD) e pessoa na prisão (PP), assinalando as alternativas à direita E as alternativas na coluna Classificação final.

E. SE FEMININO: GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO

- **Cliente atualmente grávida?** Pergunte à cliente a data de sua última menstruação normal e peça a ela para fazer um teste de gravidez, se necessário. Assinale Sim ou Não.
- **Cliente atualmente amamentando?** Pergunte à cliente se ela está amamentando e assinale Sim ou Não.

F. TESTES LABORATORIAIS BASAIS

Consulte o prontuário médico do cliente e/ou formulário de Triage para Risco Substancial e Elegibilidade para PrEP para todos os testes laboratoriais basais.

- **Data do último teste de HIV:** data do teste de HIV do cliente; dia (dd), mês (mm), e ano (aaaa)
- **Data do teste de creatinina:** Data de realização do teste basal de creatinina sérica; dia (dd), mês (mm), e ano (aaaa) Se o teste não foi realizado, assinale Não realizado.
- **Clearance de creatinina calculado (CrCl):** Anote o resultado. Se o teste não foi realizado, assinale Não realizado.
- **Data do clearance de creatinina:** Data em que o clearance de creatinina do cliente foi determinado; dia (dd), mês (mm), e ano (aaaa)

G. TESTE, VACINAÇÃO E TRATAMENTO DA HEPATITE B

Consulte o prontuário médico do cliente quando apropriado.

- **Data do teste HBsAg:** Dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa). Caso a unidade não ofereça teste de hepatite B, deixe a data do teste em branco.
- **Resultado do teste:** Assinale Negativo, Positivo ou Não realizado.
- **Se positivo, o cliente está em tratamento?** Assinale a alternativa apropriada conforme o prontuário do cliente. Sim = cliente iniciou tratamento para Hepatite B; Não = cliente não iniciou tratamento para Hepatite B; Desconhecido = cliente não sabe.
- **Se negativo, datas de vacinação contra HBV (se disponível):** Registre a 1^a, 2^a e 3^a data das vacinações contra HBV do cliente, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa). Se as vacinas não tiverem sido fornecidas, assinale Não realizado.

H. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

Consulte o prontuário médico do cliente quando apropriado.

- **Data de triagem de sintomas de ISTs:** Dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa)
- **Resultado (ver códigos):** Anote os códigos apropriados: U = Corrimento uretral; G = Úlceras ou lesões genitais; V = Corrimento vaginal; C = Coceira; I = Dor abdominal inferior (apenas mulheres); IE = Inchaço escrotal; B = Bubão na região inguinal; D = Disúria (dor ao urinar); S = Dor com relação sexual (apenas mulheres); Outro

(especificar no espaço fornecido). Se a triagem não foi realizada, assinale Não realizada.

- **Se manejo sintômico de IST, síndrome tratada** (*ver códigos*): Anote todos os códigos 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; Outro (especificar no espaço fornecido).
- **Data de início do tratamento da IST:** Dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa). Se o cliente não iniciou tratamento para IST, assinale Não iniciou tratamento.

I. INÍCIO DO TRATAMENTO PrEP

- **Data de início da PrEP: Data de início:** Data em que o cliente iniciou a PrEP na unidade, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa).
- **PrEP (ARVs) prescritos:** Assinale o regime de PrEP do cliente ou assinale Outro e especifique o regime prescrito no espaço fornecido.
- **PrEP descontinuada:** Preencha esta seção se o médico da unidade interrompeu a PrEP ou for informado de que o cliente interrompeu a PrEP. **Data de descontinuação:** Anote a data em que a descontinuação foi documentada pela unidade, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa).
- **Motivos para parar a PrEP:** Pergunte ao cliente e assinale todos os motivos fornecidos: Teste HIV+; Não está mais em risco substancial; Efeitos colaterais; Preferência do cliente; Resultado anormal da creatinina; e/ou Outro (especificar no espaço fornecido).
- **Status de HIV no momento da descontinuação:** Assinale Negativo, Positivo ou Desconhecido.

I. Continuação: REINÍCIO DO TRATAMENTO PrEP

Preencha esta seção para clientes que descontinuaram a PrEP mas decidiram reiniciá-la em uma data posterior. Quando o cliente decide reiniciar a PrEP, outro formulário de Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para PrEP é preenchido.

- **Data de reinício da PrEP:** Anote a **Data de reinício** da PrEP, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa).
- **PrEP (ARVs) prescritos:** Assinale o regime de PrEP do cliente ou assinale Outro e especifique o regime prescrito no espaço fornecido.
- **PrEP descontinuada:** Preencha esta seção se o médico da unidade interrompeu a PrEP ou for informado de que o cliente interrompeu a PrEP. **Data de descontinuação:** Anote a data em que a descontinuação foi documentada pela unidade, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa).
- **Motivos para parar a PrEP:** Pergunte ao cliente e assinale todos os motivos fornecidos: Teste HIV+; Não está mais em risco substancial; Efeitos colaterais; Preferência do

cliente; Resultado anormal da creatinina; e/ou Outro (especificar no espaço fornecido).

- **Status de HIV no momento da descontinuação:** Assinale Negativo, Positivo ou Desconhecido.

J. TRANSFERIDO, FALECIDO E ACOMPANHAMENTO PERDIDO

Deixe esta seção em branco, a menos que o cliente seja transferido, perca o acompanhamento, ou venha a falecer. Consulte o prontuário médico do cliente quando apropriado.

- Se o cliente foi transferido, assinale **Transferido**, anote a **data da Transferência**, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa), ex. 30/04/18. Anote o **Nome da unidade para a qual foi transferido** no espaço fornecido.
- Se o cliente tiver falecido, assinale **Falecido** e anote a **Data da morte**, dia (dd), mês (mm) e ano (yyyy).
- Assinale **Perdido no Acompanhamento** se o cliente perder o acompanhamento, ou seja, o cliente perdeu uma consulta de acompanhamento da PrEP há mais de 90 dias. Anote a **Data de confirmação de perdido no acompanhamento**, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa).

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO DA PrEP

Cientes que iniciaram a PrEP serão acompanhados em intervalos de 3 meses após o 1º mês em PrEP. Preencha esta seção durante cada consulta de acompanhamento. Use uma coluna para cada consulta de acompanhamento. Use o Checklist do Provedor para Consultas de Acompanhamento da PrEP como guia para conduzir as consultas de acompanhamento da PrEP.

- **Data da consulta (começando com a consulta de triagem):** Data em que o cliente passa pela consulta, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa)
- **Teste de HIV:** Assinale o **resultado do teste** de HIV, Negativo ou Positivo ou Inconclusivo. Anote os testes usados nos espaços fornecidos para Primeiro Teste de HIV e Teste Confirmatório.
- **Sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV?** Avalie infecção aguda por HIV e assinale Sim ou Não.
- **Efeitos colaterais:** Pergunte ao cliente se ele apresentou qualquer efeito colateral com a medicação da PrEP e anote todos os códigos (listados na parte inferior do formulário). Caso o cliente não tenha apresentado nenhum efeito colateral, anote um traço no espaço. A = Dor abdominal; E = Erupção cutânea; Nau = Náuseas; V = Vômitos; D = Diarreia; F = Fadiga; C = Dor de cabeça; L = linfonodos inchados; T = Febre; e O = Outros (especificar no espaço fornecido).
- **Cálculo CrCl:** Registre a creatinina sérica e o clearance de creatina calculado do cliente (basal e a cada seis meses).

- **Aconselhamento e itens para redução de riscos fornecidos?** Assinale a alternativa para indicar se aconselhamento e itens para redução de riscos fornecidos.
- **Prescrição de PrEP:** Assinale o regime de PrEP do cliente ou assinale Outro e especifique o regime no espaço fornecido.
- **Próxima consulta de acompanhamento agendada:** Data da próxima consulta do cliente, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa)
- **Notas adicionais:** Anote quaisquer outras investigações laboratoriais ou achados clínicos no espaço fornecido.