

## Registro de Profilaxia pré-exposição (PrEP) da Instituição de Saúde

PrEP Arquivo no.:

### A. Informação sobre a instituição

Nome da Instituição	Bairro	Médico de bairro / equipe
Data da visita inicial do cliente (dd/mm/aa) _____ / _____ / _____		Pessoa que preencheu o formulário

### B. Dados demográficos

Nome do cliente	Primeiro nome	Nome do Meio	Sobrenome
Endereço		Telefone	
Data de nascimento: (dd/mm/aa) _____ / _____ / _____		Número de identificação exclusivo	
Data do último teste de HIV: _____ / _____ / _____ (dd/mm/aa) Último resultado do eGFR: _____ Data: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aa)		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"/> Recusa-se a responder	

### C. Classificação de Risco no Núcleo Sexual e de Consumo de Drogas Injetáveis

<p>1. <b>Você se considera do sexo: masculino, feminino, transgênero ou outro?</b></p> <p><input type="checkbox"/> MASCULINO</p> <p><input type="checkbox"/> FEMININO</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSGÊNERO (masculino para feminino): MPF</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSGENDER (Feminino para masculino): FPM</p> <p><input type="checkbox"/> _____ OUTRO</p> <p><input type="checkbox"/> recusa-se a responder</p>	<p>2. <b>Qual seu sexo no nascimento?</b></p> <p><input type="checkbox"/> MASCULINO</p> <p><input type="checkbox"/> FEMININO</p> <p><input type="checkbox"/> _____ OUTRO</p> <p><input type="checkbox"/> RECUSA-SE A RESPONDER</p>
<p>3. <b>Você faz sexo com:</b> <input type="checkbox"/> HOMENS SOMENTE <input type="checkbox"/> MULHERES SOMENTE <input type="checkbox"/> HOMENS E MULHERES</p> <p><input type="checkbox"/> RECUSA-SE A RESPONDER</p>	
<p>4. <b>Você teve o sexo como a sua principal fonte de renda * nos últimos seis meses?</b></p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> RECUSA-SE A RESPONDER</p>	<p><i>* Se o entrevistado recebe menos de metade (50%) de sua renda em troca de sexo, marcar não.</i></p>
<p>5. <b>Nos últimos seis meses, você injetou drogas ilícitas ou ilegais?</b></p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> RECUSA-SE A RESPONDER</p>	

### D. Classificação Populacional Chave (um indivíduo pode pertencer a mais de uma categoria)

Se o cliente responder "Masculino" na Q1 e responder "Homens Somente" ou "homens e mulheres" na Q3, então deve-se classificá-lo como HSH	<input type="checkbox"/>
Se o cliente responder "Transgênero MPF" ou "FPM" na Q1, então deve-se classificá-lo de transgêneros (TG (verificação cruzada com Q2))	<input type="checkbox"/>
Se o cliente responder "Sim" na Q4 (principal fonte de renda é o sexo), então deve-se classificá-lo como profissional do sexo (PS)	<input type="checkbox"/>
Se o cliente responder "Sim" na Q5 (uso de drogas injetáveis), então deve-se classificá-lo como UDI	<input type="checkbox"/>

**Classificação Final: (Marcar TODAS \* em que se enquadrar)**

homem que faz sexo com homens (HSH)

Transgênero (TG)

Profissional do sexo (PS)

Usuário de drogas injetáveis (UDI)

**\* Alguns clientes podem pertencer a mais de uma categoria devido ao comportamento de risco sobreposto**

E. Gravidez e amamentação		F. Testes laboratoriais de linha de base:	
Cliente atualmente grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Creatinina (EGFR) _____	
Cliente atualmente amamentando?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

G. Exame de Hepatite B, Vacinação e Tratamento	
Data do teste de HBsAg: ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)	Resultado do teste: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Não Realizado
Se positivo, é paciente em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Se for negativo, datas de vacinação da HBV: (dd/mm/aa) 1) ___ / ___ / ___ 2) ___ / ___ / ___ 3) ___ / ___ / ___

H. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	
Data do exame VDRL / Sífilis: ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)	Resultado: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Outros _____
Data da Triagem Síndromica IST ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)	Resultado: _____
Síndromes de IST (selecionar todas que se apliquem): U = Secreção uretral / G = Úlceras Genitais / V = Secreção Vaginal / I = Dor no abdominal inferior / E = Inchaço escrotal / B = Bubo inguinal / O = Outros, especificar	
Diagnóstico Síndromico de IST: _____	
Em caso de diagnóstico de IST, data do início do tratamento: ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)	

I. Início do Tratamento PrEP	
Data de início PrEP	___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)
PrEP prescrita (ARVs)	<input type="checkbox"/> TDF / FTC <input type="checkbox"/> TDF / 3TC <input type="checkbox"/> TDF <input type="checkbox"/> Outros: _____
PrEP descontinuado	Data da interrupção: ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)
	Razões para a interrupção da PrEP: <input type="checkbox"/> HIV+ Testado <input type="checkbox"/> Não mais em risco substancial <input type="checkbox"/> efeitos colaterais <input type="checkbox"/> preferência do cliente <input type="checkbox"/> Outros (Especificar: _____)
	Resultado do HIV no momento da interrupção: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Desconhecido

## Acompanhamento das visitas PrEP

Data do acompanhamento (dd/mm/aa)	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
<b>Repetir exame de HIV:</b> <i>Resultado do exame</i>  <i>Exames Utilizados:</i>	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo  1º: _____  Teste confirmatório: _____  Outros: _____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo  1º: _____  Teste confirmatório: _____  Outros: _____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo  1º: _____  Teste confirmatório: _____  Outros: _____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo  1º: _____  Teste confirmatório: _____  Outros: _____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo  1º: _____  Teste confirmatório: _____  Outros: _____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo  1º: _____  Teste confirmatório: _____  Outros: _____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo  1º: _____  Teste confirmatório: _____  Outros: _____
<b>Questionado sobre sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Efeitos colaterais</b> (ver códigos)							
<b>Estimativa eGFR</b>							
<b>Nova DST diagnosticada?</b> (Y / N)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Adesão: Número de comprimidos esquecidos na semana passada / 7 dias</b> (assinalar)	<input type="checkbox"/> 2+ comprimidos <input type="checkbox"/> < 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> 2+ comprimidos <input type="checkbox"/> < 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> 2+ comprimidos <input type="checkbox"/> < 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> 2+ comprimidos <input type="checkbox"/> < 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> 2+ comprimidos <input type="checkbox"/> < 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> 2+ comprimidos <input type="checkbox"/> < 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> 2+ comprimidos <input type="checkbox"/> < 2 comprimidos <input type="checkbox"/> Desconhecido
<b>Instruções para a adesão fornecidas?</b> (assinalar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Instruções para redução de risco fornecidas?</b> (assinalar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Preservativos fornecidos?</b> (assinalar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Atualmente está grávida ou amamentando?</b> (assinalar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Repetir prescrição para PrEP:</b> <i>ARVs prescritos (assinalar)</i>  <i>Número de comprimidos</i>	<input type="checkbox"/> TDF / FTC <input type="checkbox"/> TDF / 3TC <input type="checkbox"/> TDF # de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF / FTC <input type="checkbox"/> TDF / 3TC <input type="checkbox"/> TDF # de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF / FTC <input type="checkbox"/> TDF / 3TC <input type="checkbox"/> TDF # de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF / FTC <input type="checkbox"/> TDF / 3TC <input type="checkbox"/> TDF # de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF / FTC <input type="checkbox"/> TDF / 3TC <input type="checkbox"/> TDF # de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF / FTC <input type="checkbox"/> TDF / 3TC <input type="checkbox"/> TDF # de comprimidos: __	<input type="checkbox"/> TDF / FTC <input type="checkbox"/> TDF / 3TC <input type="checkbox"/> TDF # de comprimidos: __
<b>Data da próxima de visita agendada</b> (dd/mm/aa)	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
<b>OBS:</b>							

**Efeitos colaterais:** A = Dor abdominal / S = Erupções na pele / Nau = Náusea / V = Vômitos / D = Diarréia / F = Fadiga / H = dor de cabeça / L = gânglios linfáticos aumentados e / R = Febre / O = Outros, especifique