



República de Angola  
Ministério de Saúde  
Instituto Nacional de Luta Contra o SIDA

FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO DE PACIENTES COM CARGA VIRAL > 1.000 CÓPIAS/ML (CONSULTA DE AVALIAÇÃO E ADESÃO REFORÇADA)

Nome da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO DO PACIENTE** (a preencher pelo clínico)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Nº do processo: \_\_\_\_\_

Tipo/ paciente:  POP. GERAL | POPULAÇÃO CHAVE:  HSH/transgénero  Trabalhadora de sexo  outro | **GRÁVIDA**  **LACTANTE**

**INFORMAÇÃO DO TARV E CARGA VIRAL** (a preencher pelo clínico)

Esquema TARV (actual)	Data de início do TARV/ data de mudança	Resultados de Carga Viral > 1.000 cp/ml (registre os últimos resultados detectáveis existentes)	Data

**CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRESENTES (SE TIVER ALGUMA)** – (a preencher pelo clínico)

O paciente tem diagnóstico ou sinais e sintomas sugestivos de Infecção Oportunista actual ou nos 3 meses anteriores à colheita de CV?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Tem ou está em tratamento para Tuberculose?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Se sim: Data de início do tratamento: ____/____/____	
Tem história de diarreia crónica ou vómitos?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Em uso de medicamento tradicional?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Algum outro sinal de IO ou sinais de imunossupressão?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Se sim, descreva: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tem história de efeitos colaterais prévios ou atuais relacionados aos ARV?  S  N

Se sim, descreva os sintomas, a data e possíveis drogas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO E ACONSELHAMENTO PARA A ADESÃO** (Enfermeiro/Médico/conselheiro/psicólogo)

Data da 1ª sessão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confidente presente?  S  N

Em cada sessão, explorar e assinalar as barreiras mais importantes que considere possíveis causas de fraca adesão (fatores cognitivos, comportamentais, emocionais, socioeconómicos como é mostrado na tabela abaixo).

Adesão inicial:	Barreiras identificadas		
<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Fraco conhecimento	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Influência da família/parceiro
<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Efeitos colaterais	<input type="checkbox"/> Carga elevada de comprimidos	<input type="checkbox"/> Constrangimentos financeiros
<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> Esquecimento	<input type="checkbox"/> Comprimidos terminam antes da consulta	<input type="checkbox"/> Insegurança alimentar
	<input type="checkbox"/> Sente-se melhor	<input type="checkbox"/> Crenças em saúde	<input type="checkbox"/> Rotura de stock de medicamentos na US
	<input type="checkbox"/> Doença física	<input type="checkbox"/> Partilha de comprimidos	<input type="checkbox"/> Longo tempo de espera
	<input type="checkbox"/> Consumo de Álcool/drogas	<input type="checkbox"/> Medo de revelação do seu sero-estado	<input type="checkbox"/> Estigma/Descriminação

**TOMA DE MEDICAMENTOS:**

1	Faltou á consulta por alguma razão nas últimas 3 consultas marcadas?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
2	Por alguma razão, alguma vez esqueceu-se de tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
3	Se sim: o motivo:	
4	Quantas vezes (doses) esqueceu de tomar os ARVs no último mês?	
5	Sabe como tomar os ARVs incluindo aos horários, quantidade? - peça que ao paciente para explicar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
6	Tem dificuldade para tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
7	Tem alguém que o ajude a tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
8	Faz algum tratamento concomitante (ex: TB, HTA, diabetes, asma, epilepsia ou tradicional)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
9	Se sim: Qual:	

10	Faz algum trabalho que lhe ocupe por muito tempo durante o dia?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
11	<i>Se sim: Qual;</i>	
12	Em casa há mais alguém que faz o TARV, ou seja, que toma ARVs?	
13	O cuidador sabe como administrar os ARVs (por ex: dar comprimido, calcular a quantidade do xarope)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
14	Alguma vez você já esqueceu de dar (tomar) os ARVs à criança?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
15	O paciente tem um método para lembrar a hora da toma dos ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
16	Os ARVs lhe causam a criança algum problema ou desconforto?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
17	<i>Se sim, qual:</i>	
18	Os ARVs da criança são partilhados com mais alguém?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
19	Existe alguém que cuida (administra os ARVs) da criança enquanto a sr <sup>a</sup> /sr não está em casa?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
20	Acredita que os outros saibam como dar correctamente os ARVs à criança?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
21	É difícil dar a criança os ARVs? Se sim - explicar porquê, por exemplo, desgostos, não conseguem engolir comprimidos, simplesmente se recusa a tomar a medicação	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
22	A criança toma por completo todos os medicamentos em todas as vezes?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
23	A criança por alguma razão, não tomou seus ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
24	<i>Se sim, justifique:</i>	
25	Quantas vezes (doses) esqueceu de tomar os ARVs no último mês?	_____
26	A criança cospe os ARVs depois de tomá-los?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
27	<i>Se sim: Qual:</i>	

Reveja a lista a cima e discuta com o paciente a existência de possíveis barreiras para a toma dos medicamentos e discuta o plano de intervenções:

Plano de intervenções para a melhoria da adesão (assinale com X a intervenção focada)	
<input type="checkbox"/> Serviços clínicos	<input type="checkbox"/> Grupos de apoio
<input type="checkbox"/> Educação	<input type="checkbox"/> Ter um confidente
<input type="checkbox"/> Aconselhamento individual	<input type="checkbox"/> Dispensar ARVs para mais de 1 mês ou mais
<input type="checkbox"/> Aconselhamento em grupo	<input type="checkbox"/> Outros _____

Sumário (descreva os pontos chaves): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### AValiação e Aconselhamento para a Adesão (Enfermeiro/conselheiro/psicólogo)

Data da 2ª sessão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confidente presente?  S  N

Em cada sessão, explorar e assinalar as barreiras mais importantes que considere possíveis causas de fraca adesão (fatores cognitivos, comportamentais, emocionais, socioeconómicos como é mostrado na tabela abaixo).

Barreiras identificadas		
<input type="checkbox"/> Fraco conhecimento	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Influência da família/parceiro
<input type="checkbox"/> Efeitos colaterais	<input type="checkbox"/> Carga elevada de comprimidos	<input type="checkbox"/> Constrangimentos financeiros
<input type="checkbox"/> Esquecimento	<input type="checkbox"/> Comprimidos terminam antes da consulta	<input type="checkbox"/> Insegurança alimentar
<input type="checkbox"/> Sente-se melhor	<input type="checkbox"/> Crenças em saúde	<input type="checkbox"/> Rotura de stock de medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença física	<input type="checkbox"/> Partilha de comprimidos	<input type="checkbox"/> Longo tempo de espera
<input type="checkbox"/> Consumo de Álcool/drogas	<input type="checkbox"/> Medo de revelação do seu sero-estado	<input type="checkbox"/> Estigma

#### TOMA DE MEDICAMENTOS:

1	Por alguma razão, alguma vez esqueceu-se de tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
2	<i>Se sim: o motivo:</i>	
3	Quantas vezes (doses) esqueceu de tomar os ARVs no último mês?	_____
4	Sabe como tomar os ARVs incluindo aos horários, quantidade? - peça que ao paciente para explicar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
5	Tem dificuldade para tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
6	Tem alguém que o ajude a tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
7	Faz algum tratamento concomitante (ex: TB, HTA, diabetes, asma, epilepsia ou tradicional)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
8	<i>Se sim: Qual:</i>	
9	Faz algum trabalho que lhe ocupe por muito tempo durante o dia?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
10	<i>Se sim: Qual;</i>	
11	Em casa há mais alguém que faz o TARV, ou seja, que toma ARVs?	
12	O cuidador sabe como administrar os ARVs (por ex: dar comprimido, calcular a quantidade do xarope)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
13	Alguma vez você já esqueceu de dar (tomar) os ARVs à criança?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
14	O paciente tem um método para lembrar a hora da toma dos ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
15	Os ARVs lhe causam a criança algum problema ou desconforto?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
16	<i>Se sim, qual:</i>	
17	Os ARVs da criança são partilhados com mais alguém?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
18	Existe alguém que cuida (administra os ARVs) da criança enquanto a sr <sup>a</sup> /sr não está em casa?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
19	Acredita que os outros saibam como dar correctamente os ARVs à criança?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
20	É difícil dar a criança os ARVs? Se sim - explicar porquê, por exemplo, desgostos, não conseguem engolir comprimidos, simplesmente se recusa a tomar a medicação	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
21	A criança toma por completo todos os medicamentos em todas as vezes?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
22	A criança por alguma razão, não tomou seus ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
23	<i>Se sim, justifique:</i>	
24	Quantas vezes (doses) esqueceu de tomar os ARVs no último mês?	_____

25	A criança cospe os ARVs depois de tomá-los?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
26	Se sim: Qual:	

Reveja a lista a cima e discuta com o paciente a existência de possíveis barreiras para a toma dos medicamentos e discuta o plano de intervenções:

Plano de intervenções para a melhoria da adesão (assinale com X a intervenção focada)	
<input type="checkbox"/> Serviços clínicos	<input type="checkbox"/> Grupos de apoio
<input type="checkbox"/> Educação	<input type="checkbox"/> Ter um confidente
<input type="checkbox"/> Aconselhamento individual	<input type="checkbox"/> Dispensar ARVs para mais de 1 mês ou mais
<input type="checkbox"/> Aconselhamento em grupo	<input type="checkbox"/> Outros

Sumário (descreva os pontos chaves): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### AVALIAÇÃO E ACONSELHAMENTO PARA A ADESÃO (Enfermeiro/conselheiro/psicólogo)

Data da 3ª sessão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confidente presente?  S  N

Em cada sessão, explorar e assinalar as barreiras mais importantes que considere possíveis causas de fraca adesão (fatores cognitivos, comportamentais, emocionais, socioeconómicos como é mostrado na tabela abaixo).

Barreiras identificadas		
<input type="checkbox"/> Fraco conhecimento	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Influência da família/parceiro
<input type="checkbox"/> Efeitos colaterais	<input type="checkbox"/> Carga elevada de comprimidos	<input type="checkbox"/> Constrangimentos financeiros
<input type="checkbox"/> Esquecimento	<input type="checkbox"/> Comprimidos terminam antes da consulta	<input type="checkbox"/> Insegurança alimentar
<input type="checkbox"/> Sente-se melhor	<input type="checkbox"/> Crenças em saúde	<input type="checkbox"/> Rotura de stock de medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença física	<input type="checkbox"/> Partilha de comprimidos	<input type="checkbox"/> Longo tempo de espera
<input type="checkbox"/> Consumo de Álcool/drogas	<input type="checkbox"/> Medo de revelação do seu sero-estado	<input type="checkbox"/> Estigma

#### TOMA DE MEDICAMENTOS:

1	Por alguma razão, alguma vez esqueceu-se de tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
2	Se sim: o motivo:	
3	Quantas vezes (doses) esqueceu de tomar os ARVs no último mês?	
4	Sabe como tomar os ARVs incluindo aos horários, quantidade? - peça que ao paciente para explicar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
5	Tem dificuldade para tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
6	Tem alguém que o ajude a tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
7	Faz algum tratamento concomitante (ex: TB, HTA, diabetes, asma, epilepsia ou tradicional)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
8	Se sim: Qual:	
9	Faz algum trabalho que lhe ocupe por muito tempo durante o dia?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
10	Se sim: Qual:	
11	Em casa há mais alguém que faz o TARV, ou seja, que toma ARVs?	
12	O cuidador sabe como administrar os ARVs (por ex: dar comprimido, calcular a quantidade do xarope)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
13	Alguma vez você já esqueceu de dar (tomar) os ARVs à criança?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
14	O paciente tem um método para lembrar a hora da toma dos ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
15	Os ARVs lhe causam a criança algum problema ou desconforto?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
16	Se sim, qual:	
17	Os ARVs da criança são partilhados com mais alguém?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
18	Existe alguém que cuida (administra os ARVs) da criança enquanto a srª/sr não está em casa?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
19	Acredita que os outros saibam como dar correctamente os ARVs à criança?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
20	É difícil dar a criança os ARVs? Se sim - explicar porquê, por exemplo, desgostos, não conseguem engolir comprimidos, simplesmente se recusa a tomar a medicação	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
21	A criança toma por completo todos os medicamentos em todas as vezes?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
22	A criança por alguma razão, não tomou seus ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
23	Se sim, justifique:	
24	Quantas vezes (doses) esqueceu de tomar os ARVs no último mês?	
25	A criança cospe os ARVs depois de tomá-los?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
26	Se sim: Qual:	

Reveja a lista a cima e discuta com o paciente a existência de possíveis barreiras para a toma dos medicamentos e discuta o plano de intervenções:

Plano de intervenções para a melhoria da adesão (assinale com X a intervenção focada)	
<input type="checkbox"/> Serviços clínicos	<input type="checkbox"/> Grupos de apoio
<input type="checkbox"/> Educação	<input type="checkbox"/> Ter um confidente
<input type="checkbox"/> Aconselhamento individual	<input type="checkbox"/> Dispensar ARVs para mais de 1 mês ou mais
<input type="checkbox"/> Aconselhamento em grupo	<input type="checkbox"/> Outros

Sumário (descreva os pontos chaves): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO E ACONSELHAMENTO PARA A ADESÃO** (Enfermeiro/conselheiro/psicólogo)

Data da sessão (adicional) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confidente presente?  S  N

Em cada sessão, explorar e assinalar as barreiras mais importantes que considere possíveis causas de fraca adesão (fatores cognitivos, comportamentais, emocionais, socioeconómicos como é mostrado na tabela abaixo).

Barreiras identificadas		
<input type="checkbox"/> Fraco conhecimento	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Influência da família/parceiro
<input type="checkbox"/> Efeitos colaterais	<input type="checkbox"/> Carga elevada de comprimidos	<input type="checkbox"/> Constrangimentos financeiros
<input type="checkbox"/> Esquecimento	<input type="checkbox"/> Comprimidos terminam antes da consulta	<input type="checkbox"/> Insegurança alimentar
<input type="checkbox"/> Sente-se melhor	<input type="checkbox"/> Crenças em saúde	<input type="checkbox"/> Rotura de stock de medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença física	<input type="checkbox"/> Partilha de comprimidos	<input type="checkbox"/> Longo tempo de espera
<input type="checkbox"/> Consumo de Álcool/drogas	<input type="checkbox"/> Medo de revelação do seu sero-estado	<input type="checkbox"/> Estigma

**TOMA DE MEDICAMENTOS:**

1	Por alguma razão, alguma vez esqueceu-se de tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
2	<i>Se sim: o motivo:</i>	
3	Quantas vezes (doses) esqueceu de tomar os ARVs no último mês?	_____
4	Sabe como tomar os ARVs incluindo aos horários, quantidade? - peça que ao paciente para explicar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
5	Tem dificuldade para tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
6	Tem alguém que o ajude a tomar os ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
7	Faz algum tratamento concomitante (ex: TB, HTA, diabetes, asma, epilepsia ou tradicional)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
8	<i>Se sim: Qual:</i>	
9	Faz algum trabalho que lhe ocupe por muito tempo durante o dia?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
10	<i>Se sim: Qual:</i>	
11	Em casa há mais alguém que faz o TARV, ou seja, que toma ARVs?	
12	O cuidador sabe como administrar os ARVs (por ex: dar comprimido, calcular a quantidade do xarope)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
13	Alguma vez você já esqueceu de dar (tomar) os ARVs à criança?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
14	O paciente tem um método para lembrar a hora da toma dos ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
15	Os ARVs lhe causam a criança algum problema ou desconforto?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
16	<i>Se sim, qual:</i>	
17	Os ARVs da criança são partilhados com mais alguém?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
18	Existe alguém que cuida (administra os ARVs) da criança enquanto a srª/sr não está em casa?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
19	Acredita que os outros saibam como dar correctamente os ARVs à criança?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
20	É difícil dar a criança os ARVs? Se sim - explicar porquê, por exemplo, desgostos, não conseguem engolir comprimidos, simplesmente se recusa a tomar a medicação	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
21	A criança toma por completo todos os medicamentos em todas as vezes?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
22	A criança por alguma razão, não tomou seus ARVs?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
23	<i>Se sim, justifique:</i>	
24	Quantas vezes (doses) esqueceu de tomar os ARVs no último mês?	_____
25	A criança cospe os ARVs depois de tomá-los?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
26	<i>Se sim: Qual:</i>	

Reveja a lista a cima e discuta com o paciente a existência de possíveis barreiras para a toma dos medicamentos e discuta o plano de intervenções:

Plano de intervenções para a melhoria da adesão (assinale com X a intervenção focada)	
<input type="checkbox"/> Serviços clínicos	<input type="checkbox"/> Grupos de apoio
<input type="checkbox"/> Educação	<input type="checkbox"/> Ter um confidente
<input type="checkbox"/> Aconselhamento individual	<input type="checkbox"/> Dispensar ARVs para mais de 1 mês ou mais
<input type="checkbox"/> Aconselhamento em grupo	<input type="checkbox"/> Outros _____

Sumário (descreva os pontos chaves): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**RESUMO DO CICLO DE AVALIAÇÃO E REFORÇO DA ADESÃO**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**REPETIR EXAME DE CARGA VIRAL (depois de completar 3 a 6 meses de boa adesão)**

<b>Resultado de CV após repetição:</b> _____ cópias/ml	<b>Data:</b> DD/MM/AAAA
<b>PLANO:</b> <input type="checkbox"/> Continuar o esquema TARV actual <input type="checkbox"/> Trocar para a segunda linha do TARV <input type="checkbox"/> Trocar para a terceira linha do TARV <input type="checkbox"/> Estender as sessões de adesão <input type="checkbox"/> Repetir o exame de carga viral em 3 a 6 meses	<b>Data:</b> DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA

**Comentário:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura: ..... Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APENAS SE O PACIENTE MUDOU DE LINHA DO TARV**

**REPETIR EXAME DE CARGA VIRAL (depois de 6 meses de TARV de 2ª ou 3ª linhas respetivamente)**

<b>Resultado de CV após repetição:</b> _____ cópias/ml	<b>Data:</b> DD/MM/AAAA
<b>PLANO:</b> <input type="checkbox"/> Continuar o esquema TARV actual <input type="checkbox"/> Trocar para a terceira linha do TARV <input type="checkbox"/> Estender as sessões de adesão <input type="checkbox"/> Repetir o exame de carga viral	<b>Data:</b> DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA

**Comentário:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura: ..... Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_