

FERRAMENTA REFORÇADA PARA O PLANO DE ADESÃO

INFORMAÇÃO SOBRE O PACIENTE			
Número do paciente:		Estabelecimento de saúde:	
Idade:		Sexo:	
REGIME DE ARVs			
_____		Data de início: <u>DD/MM/AAAA</u>	
_____		<u>DD/MM/AAAA</u>	
RESULTADOS DO TESTE DE CARGA VIRAL			
_____ c/ml		Data: <u>DD/MM/AAAA</u>	
1.ª SESSÃO SOBRE O REFORÇO DA ADESÃO			
<p><b>Data:</b> <u>DD/MM/AAA</u> <u>A</u></p> <p><b>Adesão</b> (consultar a tabela de códigos):</p> <p><input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Fraca</p> <p>Não foi buscar medicam. à farmácia? <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>Obstáculos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Esqueceu-se    <input type="checkbox"/> Recusa/comportamento da criança <input type="checkbox"/> Conhecimentos/crenças    <input type="checkbox"/> Programação <input type="checkbox"/> Efeitos secundários    <input type="checkbox"/> Medo de divulgar <input type="checkbox"/> Doença física    <input type="checkbox"/> Família/companheiro/a <input type="checkbox"/> Uso de substâncias    <input type="checkbox"/> Insegurança alimentar <input type="checkbox"/> Depressão    <input type="checkbox"/> Estoques esgotados <input type="checkbox"/> Dosagem    <input type="checkbox"/> Longas esperas <input type="checkbox"/> Perdeu/acabaram    <input type="checkbox"/> Estigma <input type="checkbox"/> Transporte    <input type="checkbox"/> Outra razão _____</p>	<p><b>Intervenções:</b></p> <p><u>Serviços</u></p> <p><input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Aconselham. (indiv.) <input type="checkbox"/> Aconselham. (grupo) <input type="checkbox"/> Apoio de colegas <input type="checkbox"/> Amigo de tratamento <input type="checkbox"/> Esperas prolongadas <input type="checkbox"/> CAG <input type="checkbox"/> DOT</p>	<p><u>Ferramentas</u></p> <p><input type="checkbox"/> Caixa comprimidos <input type="checkbox"/> Calendário <input type="checkbox"/> Calendário de incentiv. (ped.) <input type="checkbox"/> Instrução p. ingerir ARVs <input type="checkbox"/> Instruções escritas <input type="checkbox"/> Chamadas <input type="checkbox"/> Mensagens texto <input type="checkbox"/> Alarmes <input type="checkbox"/> Outra razão _____</p>
<b>Encaminhamentos:</b> _____		<b>Data de seguimento:</b> <u>DD/MM/AAAA</u>	
<b>Comentários</b> (descrever obstáculos e intervenções planeadas):			
<b>Assinatura do provedor:</b>			
2ª SESSÃO SOBRE O REFORÇO DA ADESÃO (Preencher mensalmente até alcançar uma boa adesão)			

<p><b>Data:</b> <u>DD/MM/AAA</u> <u>A</u></p> <p><b>Adesão</b> <i>(consultar a tabela de códigos):</i></p> <p><input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Fraca</p> <p>Não foi buscar medicam. à farmácia? <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>Obstáculos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Esqueceu-se    <input type="checkbox"/> Recusa/comportamento da criança <input type="checkbox"/> Conhecimentos/crenças    <input type="checkbox"/> Programação <input type="checkbox"/> Efeitos secundários    <input type="checkbox"/> Medo de divulgar <input type="checkbox"/> Doença física    <input type="checkbox"/> Família/companheiro <input type="checkbox"/> Uso de substâncias    <input type="checkbox"/> Insegurança alimentar <input type="checkbox"/> Depressão    <input type="checkbox"/> Estoques esgotados <input type="checkbox"/> Dosagem    <input type="checkbox"/> Longas esperas <input type="checkbox"/> Perdeu/acabaram    <input type="checkbox"/> Estigma <input type="checkbox"/> Outra razão _____ Transporte</p>	<p><b>Intervenções:</b></p> <p><u>Serviços</u></p> <p><input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Aconselham. (indiv.) <input type="checkbox"/> Aconselham. (grupo) <input type="checkbox"/> Apoio de colegas <input type="checkbox"/> Amigo de tratamento <input type="checkbox"/> Esperas prolongadas <input type="checkbox"/> CAG <input type="checkbox"/> DOT</p> <p><u>Ferramentas</u></p> <p><input type="checkbox"/> Caixa comprimidos <input type="checkbox"/> Calendário <input type="checkbox"/> Calendário de incentiv. (ped.) <input type="checkbox"/> Instrução p. ingerir ARVs <input type="checkbox"/> Instruções escritas <input type="checkbox"/> Chamadas <input type="checkbox"/> Mensagens texto <input type="checkbox"/> Alarmes <input type="checkbox"/> Outra razão _____</p>
<p><b>Encaminhamentos:</b> _____</p>		<p><b>Data de seguimento:</b> <u>DD/MM/AAAA</u></p>
<p><b>Comentários</b> (descrever se as intervenções ajudaram ou não e se existem novos obstáculos e intervenções planejadas):</p>		
<p><b>Assinatura do provedor:</b></p>		
<p><b>3ª SESSÃO SOBRE O REFORÇO DA ADESÃO</b> <i>(Preencher mensalmente até alcançar uma boa adesão; se necessário, usar mais folhas)</i></p>		
<p><b>Data:</b> <u>DD/MM/AAA</u> <u>A</u></p> <p><b>Adesão:</b> <i>(consultar a tabela de códigos):</i></p> <p><input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Fraca</p> <p>Não foi buscar medicam. à farmácia? <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>Obstáculos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Esqueceu-se    <input type="checkbox"/> Recusa/comportamento da criança <input type="checkbox"/> Conhecimentos/crenças    <input type="checkbox"/> Programação <input type="checkbox"/> Efeitos secundários    <input type="checkbox"/> Medo de divulgar <input type="checkbox"/> Doença física    <input type="checkbox"/> Família/companheiro <input type="checkbox"/> Uso de substâncias    <input type="checkbox"/> Insegurança alimentar <input type="checkbox"/> Depressão    <input type="checkbox"/> Estoques esgotados <input type="checkbox"/> Dosagem    <input type="checkbox"/> Longas esperas <input type="checkbox"/> Perdeu/acabaram    <input type="checkbox"/> Estigma <input type="checkbox"/> Outra razão _____ Transporte</p>	<p><b>Intervenções:</b></p> <p><u>Serviços</u></p> <p><input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Aconselham. (indiv.) <input type="checkbox"/> Aconselham. (grupo) <input type="checkbox"/> Apoio de colegas <input type="checkbox"/> Amigo de tratamento <input type="checkbox"/> Esperas prolongadas <input type="checkbox"/> CAG <input type="checkbox"/> DOT</p> <p><u>Ferramentas</u></p> <p><input type="checkbox"/> Caixa comprimidos <input type="checkbox"/> Calendário <input type="checkbox"/> Calendário de incentiv. (ped.) <input type="checkbox"/> Instrução p. ingerir ARV <input type="checkbox"/> Instruções escritas <input type="checkbox"/> Chamadas <input type="checkbox"/> Mensagens texto <input type="checkbox"/> Alarmes <input type="checkbox"/> Outra razão _____</p>

<b>Encaminhamentos:</b> <hr/>	<b>Data de seguimento:</b> <u>DD/MM/AAAA</u> (se a adesão é boa deve tentar manter contacto com o paciente entre a 3ª sessão e a data de repetição do teste de carga viral; se a adesão ainda não é boa, fornecer a data da próxima sessão de adesão)
<b>Comentários</b> (descrever se as intervenções ajudaram ou não e se existem novos obstáculos e intervenções planeadas):	
<b>Assinatura do provedor:</b>	
<b>REPETIR O TESTE DE CARGA VIRAL</b> (Preencher 3-6 meses DEPOIS de alcançar uma boa adesão)	
<b>Resultado do Teste de Carga Viral Repetido:</b> <hr/> c/ml <span style="float: right;"><b>Data:</b> <u>DD/MM/AAAA</u></span>	
<b>Plano:</b> <input type="checkbox"/> Permanecer no regime actual <input type="checkbox"/> Mudar para o regime de segunda linha <input type="checkbox"/> Consultar o médico antes de prosseguir <input type="checkbox"/> Adicionar sessões de adesão <input type="checkbox"/> Repetir teste de carga viral dentro de 3 meses	<b>Data:</b> <u>DD/MM/AAAA</u> <u>DD/MM/AAAA</u> <u>DD/MM/AAAA</u> <u>DD/MM/AAAA</u> <u>DD/MM/AAAA</u>
<b>Comentários:</b>	
<b>Assinatura do provedor:</b>	