

Cadastro Serviço	1. Serviço de atendimento*	2. Origem do acompanhamento:*	3. CNES do Serviço de Atendimento
	<input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Extramuros <input type="radio"/> Serviço de urgência/emergência <input type="radio"/> Teleatendimento	<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	
4. Nome do Serviço de Atendimento:			

Cadastro Usuário	5. CPF*	6. CNS – Cartão Nacional de Saúde	7. Identificação Preferencial do Usuário*	8. Prontuário
	<input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social			
	9. Nome Completo do Usuário - Civil*			
	10. Nome Social			
11. Nome Completo da Mãe*				
12. Data de Nascimento*				

Conduta	13. Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV?*	13a. Carga Viral do HIV Data do resultado: __/__/____ Resultado: <input type="radio"/> Detectável <input type="radio"/> Não detectável	14. Exame para HIV* <input type="radio"/> Autoteste <input type="radio"/> Teste rápido <input type="radio"/> Sorologia	Data do resultado do exame não reagente: __/__/____
	15. O uso de PrEP está relacionado a:*	16. Nos últimos 3 meses, você tem ou teve algum sinal/sintoma ou foi diagnosticado(a) com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)?* (Marcar as opções aplicáveis)		
	<input type="radio"/> Planejamento reprodutivo <input type="radio"/> Gestação <input type="radio"/> Amamentação <input type="radio"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Feridas/úlceras na vagina/ no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/ no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/ no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corrimento uretral ou anal ou vaginal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Suspeita de Mpox <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Mpox <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorreia/Clamídia <input type="checkbox"/> Não		
	17. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?*	18. Nos últimos 3 meses, você fez uso de droga injetável ou "slam"?*	19. Nos últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para possibilitar, potencializar ou prolongar as interações sexuais?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
20. Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP?*				
<input type="radio"/> Esquema diário <input type="radio"/> Esquema sob demanda <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Eu não tomei				

Prescrição	21. Essa prescrição é para a modalidade de:*	22. Número de autoteste de HIV para entregar para pares e parcerias
	<input type="radio"/> PrEP diária <input type="radio"/> PrEP sob demanda	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
23. Este formulário é para o fornecimento de*		¹ Usuários com mais de um ano em uso de PrEP e adesão regular
<input type="radio"/> 30 comprimidos <input type="radio"/> 60 comprimidos <input type="radio"/> 90 comprimidos <input type="radio"/> 120 comprimidos <input type="radio"/> 180 ¹ comprimidos		

24. Prescritor*	Tipo de conselho _____
	UF do conselho: _____
Data: __/__/____	Nº do conselho _____
(Carimbo e assinatura)	

DISPENSA DE TDF/FTC

25 – Retirada do medicamento

Fumarato de tenofovir desoproxila + entricitabina (TDF/FTC - 300 mg + 200 mg)

1ª dispensação	Data: __/__/____	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)
Dispensação de _____ comprimidos			
2ª dispensação	Data: __/__/____	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)
Dispensação de _____ comprimidos			
3ª dispensação	Data: __/__/____	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)
Dispensação de _____ comprimidos			
4ª dispensação	Data: __/__/____	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)
Dispensação de _____ comprimidos			
5ª dispensação	Data: __/__/____	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)
Dispensação de _____ comprimidos			

ORIENTAÇÕES GERAIS

- As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha).

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 1. Serviço de atendimento:** Informar qual é o tipo de serviço onde o atendimento foi realizado, de acordo com a rede de atenção local. Por atividades extramuro entende-se a oferta de PrEP fora das dependências do serviço de saúde, diretamente na comunidade, deslocando a equipe de profissionais. **(Preenchimento obrigatório).**
- 2. Origem do acompanhamento:** Indicar se a prescrição foi feita por profissional de saúde em serviço público ou privado. **(Preenchimento obrigatório).**
- 3. CNES do Serviço de Atendimento:** Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 4. Nome do Serviço de Atendimento:** Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 5. CPF:** O preenchimento do CPF é obrigatório, salvo nas situações: Nacionalidade diferente de brasileira, raça/cor Indígena, pessoa em situação de rua no momento e pessoa privada de liberdade no momento. **(Preenchimento obrigatório)**
- 6. CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
- 7. Identificação Preferencial do Usuário:** De acordo com o decreto 8.727/2016, nome social é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Selecionar a opção que o usuário prefere ser chamado: se pelo nome de registro civil ao nascer ou se pelo nome social. **(Preenchimento obrigatório)**
- 8. Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde, se houver.
- 9. Nome completo do Usuário - Civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. **(Preenchimento obrigatório)**
- 10. Nome Social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, nome social é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 11. Nome completo da mãe:** Preencher o nome da mãe do(a) usuário(a) exatamente como consta em seu documento de identidade, sem abreviações. **(Preenchimento obrigatório)**
- 12. Data de nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
- 13. Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV?** Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). **(Preenchimento obrigatório)** **13a.** Este campo deverá ser preenchido caso o usuário já tenha sido participante de estudo sobre vacina e com resultado reagente para HIV nos testes rápidos ou sorológico (ou exames que realizam pesquisa de anticorpos/antígenos para o HIV). Informar a data do resultado e o resultado **(Preenchimento obrigatório)**
- 14. Exame para HIV:** Inserir o tipo de exame para HIV realizado e a data do resultado do exame não reagente. **(Preenchimento obrigatório).**
- 15. O uso da PrEP está relacionado a:** Informar caso uma dessas situações esteja relacionada à procura por PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
- 16. Nos últimos 3 meses, você tem ou teve algum sinal/sintoma ou foi diagnosticado(a) com Infecção Sexualmente Transmissível (IST):** Assinalar todos os campos aplicáveis de acordo com a resposta do(a) usuário(a). É importante ler e esclarecer todos os sintomas, para que o(a) usuário(a) escolha a(s) alternativa(s) adequada(s). **(Preenchimento obrigatório)**
- 17. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços:** Informar se aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo. **(Preenchimento obrigatório)**
- 18. Nos últimos 3 meses, você fez uso de droga injetável ou “slam”?:** : informar se, nos últimos 3 meses, o(a), usuário(a) fez uso, em qualquer quantidade, de substâncias injetáveis, como : heroína (H, dope, diamante negro), cocaína (coke, pó, branca, farinha), metanfetamina (met, ice, tina, vidro) e anfetaminas (speed, bala, rebite).
- 19. Nos últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para possibilitar, potencializar ou prolongar as interações sexuais:** informar se, nos últimos 3 meses, o(a), usuário(a) fez uso, em qualquer quantidade, de substâncias como: GHB/GBL, metanfetamina (Tina, Ice, Speed, Cristal), MDMA (ecstasy), poppers, cocaína/pasta de coca, ketamina, LSD, etc) **(Preenchimento obrigatório)**
- 20. Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP:** Assinalar a modalidade de uso mais prevalente no período. Caso seja a primeira dispensação do(a) usuário(a) marcar a opção “Eu não tomei”. **(Preenchimento obrigatório).**
- 21. Essa prescrição é para a modalidade de:** Indicar a modalidade escolhida pelo prescritor e usuário. **(Preenchimento obrigatório).**
- 22. Número de autoteste de HIV para sua autotestagem e para entregar para pares/ parcerias sexuais:** Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a para sua autotestagem e entregar para pares e/ou parcerias sexuais.
- 23. Este formulário é para o fornecimento de:** Assinalar a quantidade de comprimidos de PrEP que podem ser dispensados com o formulário atual **(Preenchimento obrigatório).** Este formulário vale 7 dias a partir da data do resultado “não reagente” do teste rápido ou sorologia ou 15 dias a partir do resultado “indetectável” da realização da carga viral. Para as demais dispensas, a validade passará a contar da data da prescrição.
- 24. Prescritor:** Informar data da prescrição, número do conselho regional profissional correspondente e assinatura e carimbo do profissional de saúde. **(Preenchimento obrigatório).**
- 25. Retirada do medicamento:** Registrar a data de dispensação e a quantidade comprimidos dessa dispensação. Solicitar a assinatura do(a) usuário(a), após a dispensação do medicamento.