

02 - Ficha de Atendimento para PrEP

JANEIRO/2023

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - Prontuário	4 - Identificação Preferencial do Usuário ☐ Nome Civil ☐ Nome Social
----------	------------------------------------	----------------	---

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Nome Completo da Mãe*

8 - Data de Nascimento*

CONDUTA

9 – Exame para HIV*
Tipo: ☐ Autoteste¹ ☐ Teste rápido ☐ Sorologia
Data da resultado do exame não reagente²: ____/____/____
¹O autoteste não está recomendado para início da PrEP
²Se reagente, a PrEP não está recomendada – Encaminhar para início de TARV

10 – O uso de PrEP está relacionado a:* ☐ Planejamento reprodutivo ☐ Gestação ☐ Amamentação ☐ não se aplica	11 - Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? * ☐ sim ☐ não	12 - Serviço de atendimento* ☐ Atenção Primária ☐ CTA ☐ Serviço Especializado ☐ Serviço Privado
--	--	---

13 – Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP:* ☐ Esquema diário ☐ Esquema sob demanda ☐ Ambos ☐ Eu não tomei

14 - Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos da PrEP, qual foi o principal motivo?
☐ Esquecimento ☐ Viagem/Fora de casa ☐ Acabou o medicamento ☐ Efeitos adversos ☐ Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas ☐ Outro

DISPENSA

15 - Este formulário tem validade para fornecimento de* ☐ 30 dias ☐ 60 dias ☐ 90 dias ☐ 120 dias

16 – Essa prescrição é para a modalidade de:* ☐ PrEP diária ☐ PrEP sob demanda

17 - Origem da prescrição:* ☐ Público ☐ Privado ☐ Extramuros

18 - autoteste de HIV para entregar para pares/parcerias sexuais
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

19 - Prescritor CRM: _____
Data: ____/____/____ COREN: _____
Outro: _____ (Especificar) _____ (Carimbo e assinatura)

20 – Retirada do medicamento

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do usuário)
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do usuário)
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do usuário)
4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do usuário)

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. CPF:** Inserir o CPF do usuário (*Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua*)
- 2. CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
- 3. Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde, se houver.
- 4. 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.
- 5. Nome completo do Usuário - Civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. (*Preenchimento obrigatório*)
- 6. 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 possuírem nome social que divirja do nome de registro.
- 7. 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*)
- 8. Data de nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. (*Preenchimento obrigatório*)
- 9. Exame para HIV:** Inserir o tipo de exame para HIV realizado e a data do resultado do exame não reagente. (*Preenchimento obrigatório*).
- 10. O uso da PrEP está relacionado a:** Informar caso uma dessas situações esteja relacionada à procura por PrEP. (*Preenchimento obrigatório*).
- 11. Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV?** Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). (*Preenchimento obrigatório*).
- 12. Serviço de atendimento:** Informar qual é o tipo de serviço onde o atendimento foi realizado, de acordo com a rede de atenção local.
- 13. Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP:** Assinalar a modalidade de uso mais prevalente no período. (*Preenchimento obrigatório*).
- 14. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos de PrEP, qual foi o principal motivo?** Selecionar o campo de acordo com a resposta do (a) usuário (a). É possível marcar mais de uma alternativa.
- 15. Este formulário tem validade para fornecimento de:** Assinalar a quantidade de dias para os quais pode-se dispensar PrEP.com o formulário atual (*Preenchimento obrigatório*).
- 16. Essa prescrição é para a modalidade de:** Indicar a modalidade escolhida pelo prescritor e usuário. (*Preenchimento obrigatório*).
- 17. Origem da prescrição:** Indicar se a prescrição foi feita por profissional de saúde em serviço público, consultório privado ou em ações extramuros do SUS (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*).
- 18. Autoteste de HIV para entregar para pares/ parcerias sexuais:** Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a entregar para pares e/ou parcerias sexuais.
- 19. Prescritor:** Informar data da prescrição, número do conselho regional profissional correspondente e assinatura e carimbo do profissional de saúde. (*Preenchimento obrigatório*).
- 20 – Retirada do medicamento:** Registrar a data de dispensação e a quantidade de dias de duração dessa dispensação. Solicitar a assinatura do(a) usuário(a), após a dispensação do medicamento.