

02 - Ficha de Atendimento para PrEP

JUNHO/2024_digitalável

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

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Nome Completo da Mãe*

8 - Data de Nascimento*

CONDUTA

9 - Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? *

10 - Exame para HIV*
 Tipo: _____ Data do resultado do exame não reagente!:

¹Se reagente, a PrEP não está recomendada – Encaminhar para início de TARV

11 - O uso de PrEP está relacionado a:*

12 - Nos últimos 3 meses, o usuário(a) tem ou teve algum sinal/sintoma ou foi diagnosticado(a) com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)?*
 (Marcar as opções aplicáveis)

Feridas/úlceras na vagina/ no pênis Feridas/úlceras no ânus Verrugas na vagina/ no pênis Verrugas no ânus

Pequenas bolhas na vagina/ no pênis Pequenas bolhas no ânus Corrimento uretral ou anal ou vaginal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira

Suspeita de Mpx Fui diagnosticado com Mpx Fui diagnosticado com Sífilis Fui diagnosticado com Gonorreia/Clamídia Não

13 - Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?*

14 - Nos últimos 3 meses, você fez uso de droga injetável ou "slam"?*

15 - Nos últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para possibilitar, potencializar ou prolongar as interações sexuais?*

16 - Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP?*

17 - Quantos comprimidos você tomou nos últimos 7 dias?*

(inserir número de 0 a 7)

18 - Serviço de atendimento*

PRESCRIÇÃO

19 - Origem da prescrição:*

20 - Essa prescrição é para a modalidade de:*

21 - Este formulário é para o fornecimento de*

22 - Número de autoteste de HIV para entregar para pares/parcerias sexuais

23 - Prescritor* Tipo de conselho

 UF do conselho:

Data: ___/___/___ Nº do conselho

(Carimbo e assinatura)

DISPENSA DE TDF/FTC

24 - Retirada do medicamento

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

1ª dispensação

Data: ___/___/___

Dispensação de ___ comprimidos

(Assinatura do farmacêutico)

(Assinatura do usuário)

2ª dispensação

Data: ___/___/___

Dispensação de ___ comprimidos

(Assinatura do farmacêutico)

(Assinatura do usuário)

3ª dispensação

Data: ___/___/___

Dispensação de ___ comprimidos

(Assinatura do farmacêutico)

(Assinatura do usuário)

4ª dispensação

Data: ___/___/___

Dispensação de ___ comprimidos

(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:** 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, 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. **(Preenchimento obrigatório)**
- 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 possuem 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. Nos últimos 3 meses, o usuário(a) 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 sintomas, para que o(a) usuário(a) escolha a(s) alternativa(s) adequada(s). **(Preenchimento obrigatório)**
- 13. 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)**
- 14.**
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)**
- 15. 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).**
- 16. Quantos comprimidos você tomou nos últimos 7 dias:** inserir número de 0 a 7 de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Caso seja a primeira dispensação do(a) usuário(a) inserir o número zero. **(Preenchimento obrigatório)**
- 17. 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).
- 18. Origem da prescrição:** Indicar se a prescrição foi feita por profissional de saúde em serviço público ou privado. **(Preenchimento obrigatório).**
- 19. Essa prescrição é para a modalidade de:** Indicar a modalidade escolhida pelo prescritor e usuário. **(Preenchimento obrigatório).**
- 20. Este formulário é para o fornecimento de:** Assinalar a quantidade de comprimidos de PrEP podem-se dispensar com o formulário atual **(Preenchimento obrigatório).**
- 21. Número de 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.
- 22. Prescritor:** Informar data da prescrição, número do conselho regional profissional correspondente e assinatura e carimbo do profissional de saúde. **(Preenchimento obrigatório).**
- 23 – 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.