

02 - Ficha de Primeiro Atendimento para PrEP

1. N° do Prontuário	2. N° do Cartão SUS	3. Data: _____/_____/_____
4. Nome Social (quando aplicável):		5. CPF:
6. Nome Civil:		7. Data de Nascimento:
8. Qual a principal razão da sua vinda a este serviço de saúde hoje? <input type="radio"/> Vim fazer teste de HIV <input type="radio"/> Vim buscar informação/atendimento <input type="radio"/> Vim buscar PEP <input type="radio"/> Vim buscar PrEP (responder 8a e 8b)		
8a. O que o motivou a buscar PrEP? <input type="radio"/> Encaminhado por profissional de saúde/outro serviço <input type="radio"/> Decisão própria / internet / amigo <input type="radio"/> Fui orientado por ONG	8b. Você já usou PrEP anteriormente? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, por meio de Projeto PrEP Brasil <input type="radio"/> Sim, por iniciativa própria (responder 8c) <input type="radio"/> Sim, por meio do projeto Combina (FMUSP)	8c. Há quanto tempo você está em uso de PrEP? _____ meses
Critérios de Elegibilidade para uso de PrEP		
9. Você teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas? Se SIM, avaliar PEP. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por relação sexual desprotegida <input type="checkbox"/> Sim, por violência sexual <input type="checkbox"/> Sim, por compartilhamento de seringa e/ou agulha <input type="checkbox"/> Sim, por acidente perfuro-cortante		10. Quantas vezes você usou PEP nos últimos 12 meses? (Inserir quantidade, inclusive se for 0): () N° de vezes
11. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade em todos os campos, inclusive se for 0) () Homens () Mulheres () Mulheres Transexuais () Travestis/ Mulheres travestis () Homens Transexuais		
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes		
13. Nos últimos 6 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)		
14. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual SEM preservativo com parceiras (os) HIV+? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/> Não se aplica (usou preservativo em todas as relações sexuais ou não teve relação sexual)		
15. Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
16. Nos últimos 6 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas 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 vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorréia/Clamídia Retal		
17. Planejamento Reprodutivo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		18. Está Gestante? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica
Avaliação de outros fatores associados à infecção pelo HIV		
19. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
20. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleve®) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias anteriores		
21. Alguma vez você já usou drogas injetáveis? (Apenas uso sem prescrição médica) <input type="radio"/> Não, nunca <input type="radio"/> Sim, nos últimos 3 meses <input type="radio"/> Sim, mas não nos últimos 3 meses		
22. Nos últimos 3 meses você compartilhou instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
Potenciais critérios de exclusão para uso de PrEP		
23. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
24. Tem histórico de fratura óssea não relacionada a trauma? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
25. Tem histórico de doença renal ou outras doenças crônicas? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
Exame de Elegibilidade	Data da Coleta	Resultado do Exame
26. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
27. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses registradas em carteirinha) <input type="radio"/> Encaminhado para vacinação		
28. Conduta do Atendimento: <input type="radio"/> Encaminhamento para exames e para PrEP (ver lista de exames* no verso) <input type="radio"/> Encaminhamento para avaliação de PEP <input type="radio"/> Investigar possível janela imunológica <input type="radio"/> Não é elegível para PrEP <input type="radio"/> Outras condições clínicas e/ou de saúde que contraindicam uso de PrEP		
29. Você autoriza que seus dados sejam utilizados, sob anonimato e sigilo, pelo o estudo ImPrEP sobre o monitoramento da implementação da PrEP no SUS? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
30. Prescrição: <input type="radio"/> TDF/FTC para 30 dias Data da Prescrição: _____/_____/_____	31. Médico: CRM: _____ Assinatura: _____	32. Assinatura do usuário(a): _____

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

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)

1. **Número do Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde
2. **Número do Cartão SUS:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
3. **Data:** Inserir a data de atendimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
4. **Nome social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, 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.
5. **CPF:** Inserir o CPF do usuário **(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)**
6. **Nome civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. **(Preenchimento obrigatório)**
7. **Data de nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
8. **Motivação da visita:** Inserir a principal razão relatada pelo(a) usuário(a) para sua vinda ao serviço na presente data.
- 8a. **Motivação para PrEP:** Inserir a principal razão relatada pelo(a) usuário(a) para buscar PrEP.
- 8b. **Uso anterior de PrEP:** Inserir se o/a usuário/a já fez uso de PrEP anteriormente.
- 8c. **Tempo de uso anterior de PrEP:** Inserir o tempo em meses, caso o(a) usuário(a) já tenha utilizado PrEP anteriormente.
9. **Exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas:** Selecionar o campo adequado à resposta do(a) usuário(a). Caso tenha havido exposição, avaliar imediatamente a PEP. **(Preenchimento obrigatório).**
10. **Uso repetido de PEP nos últimos 12 meses:** Inserir a quantidade de vezes que a pessoa relatou usar Profilaxia Pós Exposição ao HIV nos últimos 12 meses, inclusive se for zero. **(Preenchimento obrigatório).**
11. **Número de parcerias sexuais:** Inserir a quantidade de parceiros sexuais, nos últimos 3 meses, (as) em todas as categorias de forma declarada pelo (a) usuário (a). Marque 0 nos campos em que não tenha parceria relatada. **(Preenchimento obrigatório)**
12. **Uso de Preservativos:** Inserir a frequência relatada pelo usuário/a sobre seu uso de preservativo nos últimos 3 meses. **(Preenchimento obrigatório)**
13. **Tipo de relações sexuais SEM preservativo:** Marcar todas as relações sexuais relatadas sem uso de preservativo nos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
14. **Parceria HIV positiva SEM preservativo:** Indicar se houve relação sexual sem preservativo com pessoa HIV positiva nos últimos seis meses. Se parceria HIV positiva, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
15. **Troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços:** Marcar a resposta declarada pelo(a) usuário(a), referente aos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
16. **Sintomas ou diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (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). Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
17. **Planejamento Reprodutivo:** Informar se o(a) usuário (a) tem interesse em usar PrEP para concepção em parceira sorodiferente. **(Preenchimento obrigatório).**
18. **Gestante:** Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). **(Preenchimento obrigatório).**
19. **Uso de álcool:** Assinalar se nos últimos 3 meses houve uso de álcool (5 ou mais doses em até 2 horas).
20. **Uso de drogas:** Assinalar as substâncias utilizadas nos últimos 3 meses.
21. **Uso de drogas injetáveis:** Assinalar se a pessoa já fez uso de drogas injetáveis. Em caso afirmativo, informar se foi ou não durante os últimos três meses.
22. **Compartilhamento de instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
23. **Sintomas de infecção viral aguda:** Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. **(Preenchimento obrigatório).**
24. **Histórico de fratura óssea não relacionada a trauma:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, inelegível para uso de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
25. **Histórico de doença renal ou outras doenças crônicas:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, inelegível para uso de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
26. **Teste Rápido de HIV:** Inserir resultado de teste rápido de HIV utilizando amostra de sangue realizado no dia da dispensação. Se reagente, fica inelegível para uso de PrEP. Se inconclusivo ou discordante, realizar os testes indicados para confirmação, de acordo com algoritmo de testagem preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. **(Preenchimento obrigatório).**
27. **Vacinação para Hepatite B:** Informar se o usuário tem comprovação das 3 doses em carteira de vacinação ou se encaminhado para imunização.
28. **Conduta:** Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento.

* Lista de Exames a serem solicitados/ realizados, se PrEP for indicada. (os resultados devem estar disponíveis na consulta em 30 dias)

✓ Carga Viral do HIV (em caso de suspeição de janela imunológica)	✓ Teste de triagem de sífilis	✓ Exame para identificação de IST (Clamídia e Gonococo), quando disponível
✓ Teste para Hepatite B (HBsAg)	✓ Titulação de anticorpos contra o HBV (Anti-HBs)	✓ Teste para Hepatite C (Anti-HCV)
✓ Avaliação de Proteinúria	✓ Enzimas Hepáticas (AST/ALT)	✓ Creatinina Sérica
		✓ Vacinação para HBV

29. **Autorização de fornecimento de dados:** Para os serviços participantes do estudo ImPrEP, assinalar se o(a) usuário(a) aceita fornecer seus dados (inclui apenas HSH e pessoas trans). Para os demais serviços, marcar “não se aplica”
30. **Prescrição para PrEP:** Assinalar a alternativa para prescrição inicial (30 dias) de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
31. **Médico:** Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. **(Preenchimento obrigatório).**
32. **Usuário(a):** Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.