

03 - Ficha de Retorno 30 dias – PrEP
(30 dias após a 1ª Dispensação)

1. Nº do Prontuário		2. Nº do Cartão SUS		3. Data: ____/____/____	
4. Nome Social (se aplicável):				5. Data de Nascimento:	
6. Nome Civil:				7. CPF:	
POTENCIAL CRITÉRIO DE EXCLUSÃO PARA USO DE PrEP					
8. 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					
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PrEP					
9. Desde a última visita sentiu algum mal-estar ou desconforto relacionado ao uso da PrEP? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, diarreia <input type="checkbox"/> Sim, flatulência <input type="checkbox"/> Sim, náuseas <input type="checkbox"/> Sim, vômitos <input type="checkbox"/> Sim, dor abdominal <input type="checkbox"/> Sim, outro					
9a. Se sim, esse(s) sinal(is) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica					
AUTO RELATO DE ADESÃO					
10. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar? () no. Comprimidos (0 a 30)					
11. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos da PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Não deixei de tomar <input type="checkbox"/> Outro					
RESULTADO DOS EXAMES DE TRIAGEM					
Exames		Data da Coleta	Resultado do Exame		
12a. Teste Treponêmico para Sífilis (Ex: TR, EQL, ELISA)			<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível		
12b. Teste Não Treponêmico para Sífilis (Ex: VDRL, RPR)			<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível 1/□ (Titulação)		
13. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa			<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível		
14. Identificação de Clamídia			<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível		
15. Identificação de Gonococo			<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível		
16. Teste para Hepatite B (HBsAg)			<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado		
17. Sorologia Anti-HBs quantitativa			<input type="radio"/> Igual ou acima de 10 UI/mL <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> Não detectável ou abaixo de 10 UI/mL		
18. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)			<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado		
19. Avaliação de Proteinúria			<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Presença <input type="radio"/> Não realizado		
20. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/> Não realizado		
Exames de Segurança		Data da Coleta	Resultado do Exame		
21. Teste Rápido de HIV realizado hoje			<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente		
22. Resultado de Carga Viral do HIV			<input type="radio"/> Detectável <input type="radio"/> Não detectável <input type="radio"/> Não realizada/Indisponível		
23.1. Creatinina Sérica da Triagem					
23.2. Idade (em anos completos)			_____ anos		
23.3. Peso (Kg)			_____ Kg		
23.4. Resultado					
23. *Cálculo do Clearance de Creatinina estimada			<input type="radio"/> < 60 ml/min <input type="radio"/> ≥ 60 ml/min <input type="radio"/> Indisponível		
*Sugestão para cálculo de Creatinina = $[(140 - \text{Idade}) \times \text{Peso(kg)}] / (\text{Creatinina Sérica} \times 72)$. Se mulher, multiplicar por 0.85. Se clearance de creatinina < 60ml/min, NÃO indicar PrEP. Há outros aplicativos que podem ser igualmente usados para fazer tal cálculo, como MDRD.					
24. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível					
CONDUTA FINAL					
25. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, devido a teste HIV reagente <input type="radio"/> Não, devido à alteração em outros exames <input type="radio"/> Não, por baixa adesão ao medicamento <input type="radio"/> Não, devido a eventos adversos <input type="radio"/> Não, por decisão do usuário <input type="radio"/> Não, por suspeita de infecção viral aguda					
26. Prescrição para PrEP: TDF/FTC apto para <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias					
27. Médico: Data da Prescrição: ____/____/____ CRM: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(Carimbo e assinatura)</div>					
28. Usuário(a): Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário) Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário) Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)					

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 (múltiplas respostas)

- 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 possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 5 - Data de nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
- 6 - Nome civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. **(Preenchimento obrigatório)**
- 7 - CPF:** Inserir o CPF do usuário **(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)**
- 8 - Sintomas de infecção viral aguda:** Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. **(Preenchimento obrigatório).**
- 9 - Evento adverso relacionado à PrEP.** Assinalar o campo pertinente e, em caso afirmativo, preencher de acordo com a resposta espontânea do usuário. **(Preenchimento obrigatório).**
- 9 a – Persistência de eventos adversos:** Em caso de relato de evento adverso, assinalar se o mesmo continua persistente ou não.
- 10 - Adesão à PrEP:** Indicar o número de comprimidos não ingeridos nos últimos 30 dias, relatado pelo(a) usuário(a). Caso não tenha deixado de tomar nenhum comprimido, inserir “0” (zero). **(Preenchimento obrigatório).**
- 11 – Motivos de não-adesão:** Inserir o motivo mais frequente para a não tomada de todos os comprimidos. Caso tenha tomados todos, marcar “não deixei de tomar”.
- 12a - Teste treponêmico para sífilis:** Inserir os resultados de teste treponêmico de sífilis (TR, EQL ou ELISA) utilizando amostra de sangue. **(Preenchimento obrigatório).**
- 12b - Teste Não treponêmico para sífilis:** Inserir os resultados de teste não treponêmico de sífilis (VDRL ou RPR) utilizando amostra de sangue. Se for VDRL ou RPR inserir a titulação. **(Preenchimento obrigatório).**
- 13 - Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa:** Inserir se houve ou não diagnóstico confirmado de sífilis. **(Preenchimento obrigatório).**
- 14 - Identificação de Clamídia:** Inserir o resultado do exame.
- 15 - Identificação de Gonococo:** Inserir o resultado do exame.
- 16 - Teste para Hepatite B (HBsAg):** Inserir resultado do teste.
- 17 – Titulação de anticorpos contra o HBV (Anti-HBs):** Inserir resultado do teste. Se for confirmada a soroconversão (Anti-HBs), não há necessidade de repetir os exames para hepatite B.
- 18 - Teste para Hepatite C (Anti-HCV):** Inserir resultado do teste. Se reagente, encaminhar ou solicitar carga viral de HCV para confirmar diagnóstico. **(Preenchimento obrigatório)**
- 19 - Avaliação de Proteinúria:** Avaliar a presença de proteinúria.
- 20 - Enzimas Hepáticas (AST/ALT):** Inserir resultado e se alterado, investigar clinicamente.
- 21 - Teste Rápido de HIV (Retorno para dispensação):** 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).**
- 22 – Resultado de Carga Viral:** Se detectável, o(a) usuário(a) deve ser contactado(a), para que a PrEP seja definitivamente suspensa e o(a) usuário(a) encaminhado(a) para início de tratamento antirretroviral. **(Preenchimento obrigatório).**
- 23.1- Creatinina Sérica:** Inserir resultado da Creatinina Sérica. **(Preenchimento obrigatório).**
- 23.2- Idade (em anos completos):** Inserir idade em anos completos.
- 23.3- Peso (Kg):** Inserir peso em Kg.
- 23.4 - Resultado do Clearance de Creatinina:** Checar se o valor permite a manutenção da profilaxia.
- 23 - Clearance de Creatinina estimado:** Inserir os dados dos itens 22.1 a 22.3 para cálculo do resultado do Clearance de Creatinina ou utilizar outro método de cálculo como MDRD. Se menor que 60ml/min, inelegível para uso da PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
- 24 – Vacinação para Hepatite B:** Informar se o usuário tem comprovação das respectivas doses em carteira de vacinação ou com Anti-Hbs reagente.
- 25 - Conduta:** Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento. **(Preenchimento obrigatório).**
- 26 - Prescrição para PrEP:** Assinalar a alternativa para quantos dias o(a) usuário(a) poderá receber o medicamento de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
- 27 - Médico:** Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. **(Preenchimento obrigatório).**
- 28 - Usuário(a):** Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.