

04 - Ficha de Acompanhamento Clínico em PrEP

Retornos trimestrais (90 dias)

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:	
8. Esta é uma visita de intercorrência (anterior ao prazo estabelecido para retorno)? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (responder 8a)		
8a. Qual o motivo da visita de intercorrência?		
<input type="checkbox"/> Evento Adverso <input type="checkbox"/> Suspeita de Infecção Viral Aguda <input type="checkbox"/> Confirmação de Soroconversão <input type="checkbox"/> Substituição de frasco da medicação <input type="checkbox"/> IST		
AVALIAÇÃO DE RISCO ASSOCIADO À INFECÇÃO PELO HIV		
9. 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 pesquisa adicional de infecção viral aguda). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
10. Nos últimos 3 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 Gonorreia/Clamídia Retal		
11. Nos últimos 3 meses com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade, 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 3 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 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		
15. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Pode marcar mais de uma opção)		
<input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleva®) <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias		
16. Você fez uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PrEP		
17. 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		
17a. 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 SOBRE ADESÃO		
18. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos de PrEP você deixou de tomar? () no. comprimidos		
19. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos de 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 deixou de tomar <input type="checkbox"/> Outro.		
Exames de Seguimento	Data da Coleta	Resultados dos Exames trimestrais
20. Teste de triagem para Sífilis (Ex: VDRL, RPR, Trust, TR ou ELISA)		
21. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
22. Identificação de Clamídia		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
23. Identificação de Gonococo		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
24. Teste para Hepatite B (HBsAg)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
25. 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
26. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
27. Avaliação de Proteinúria		<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Presença <input type="radio"/> Não realizado
28. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)		<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/> Não realizado
Exames de Segurança		Resultado do Exame
29. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
30.1. Creatinina Sérica		
30.2. *Idade (em anos completos)		_____ anos
30.3. Peso (Kg)		_____ Kg
30.4. Resultado		
30. *Cálculo do Clearance de Creatinina estimado:		<input type="radio"/> < 60 ml/min <input type="radio"/> ≥ 60 ml/min

*Sugestão para cálculo de C_{Cr} = $[(140 - \text{Idade}) \times \text{Peso}(\text{kg})] / (\text{Creatinina Sérica} \times 72)$. Se mulher, multiplicar por 0.85. Se menor que 60ml/min, inelegível p PrEP

31. Vacinação para Hepatite B: 1ª dose 2ª dose Esquema Completo (3 doses registradas em carteirainha).

CONDUTA FINAL

32. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP?

- Sim Não, devido a teste HIV reagente Não, devido à alteração em outros exames Não, por baixa adesão ao medicamento
 Não, devido a eventos adversos Não, por decisão do usuário Não, por suspeita de infecção viral aguda

33. Prescrição para PrEP: TDF/FTC apto para 30 dias 60 dias 90 dias

34. Médico:

Data da Prescrição: ____/____/____ CRM: _____ (Carimbo e assinatura)

35. 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 “O” indicam que uma única resposta é possível e com “□” 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 - 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 - Visita de Intercorrência: Assinalar “sim” se for uma visita realizada antes da data prevista de retorno trimestral. **(Preenchimento obrigatório)**.
- 8a - Motivo da Visita de Intercorrência: Se a visita for considerada de intercorrência, assinalar o motivo. **(Preenchimento obrigatório, se for visita de intercorrência)**
- 9 - Sintomas de infecção viral aguda: Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. **(Preenchimento obrigatório)**.
- 10 - 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)**.
- 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 - Uso de álcool: Assinalar se nos últimos 3 meses houve uso de álcool (5 ou mais doses em até 2 horas).
- 15 - Uso de drogas: Assinalar as substâncias utilizadas nos últimos 3 meses.
- 16 - Uso de drogas injetáveis: Assinalar se a pessoa já fez uso de drogas injetáveis. Se houve, informar se foi ou não durante os últimos 3 meses.
- 17 - Evento adverso relacionado à PrEP. Assinalar o campo pertinente e, em caso afirmativo, preencher de acordo com a resposta espontânea do usuário. **(Preenchimento obrigatório)**.
- 17a - Persistência de eventos adversos: Em caso de relato de evento adverso, assinalar se o mesmo continua persistente ou não.
- 18 - 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)**.
- 19 - 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”.
- 20 - Teste de triagem de sífilis ativa: Inserir os resultados de teste treponêmico de sífilis (ex. teste rápido ou ELISA) ou não treponêmico (ex. VDRL ou RPR ou Trust) utilizando amostra de sangue. Se for VDRL ou RPR ou Trust inserir a titulação.
- 21 - Confirmado diagnóstico de Sífilis: Inserir se houve ou não diagnóstico confirmado de sífilis. **(Preenchimento obrigatório)**.
- 22 - Identificação de Clamídia: Inserir o resultado do exame.
- 23 - Identificação de Gonococo: Inserir o resultado do exame.
- 24 - Teste para Hepatite B (HBsAg): Inserir resultado do teste.
- 25 - Teste para Hepatite B (Anti-HBs): Inserir resultado do teste. Inserir resultado do teste. Se for confirmada a soroconversão (Anti-HBs), não há necessidade de repetir os exames para hepatite B.
- 26 - Teste para Hepatite C (Anti-HCV): Inserir resultado do teste. Se positivo, encaminhar ou solicitar carga viral de HCV para confirmar diagnóstico. **(Preenchimento obrigatório)**
- 27 - Avaliação de Proteinúria: Avaliar a presença de proteinúria.
- 28 - Enzimas Hepáticas (AST/ALT): Inserir resultado e se alterado, investigar clinicamente.
- 29 - 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)**.
- 30.1 - Creatinina Sérica: Inserir resultado da Creatinina Sérica. **(Preenchimento obrigatório)**.
- 30.2 - Idade (em anos completos): Inserir idade em anos completos.
- 30.3 - Peso (Kg): Inserir peso em Kg.
- 30.4 - Resultado do Clearance de Creatinina: Checar se o valor permite a manutenção da profilaxia.
- 30 - Clearance de Creatinina estimado: Inserir os dados dos itens 28.1 a 28.3 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**.
- 31 - Vacinação para Hepatite B: Informar se o usuário tem comprovação das respectivas doses em carteira de vacinação.
- 32 - Conduta: Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento. **(Preenchimento obrigatório)**.
- 33 - Prescrição para PrEP: Assinalar a alternativa para quantos dias o(a) usuário(a) poderá receber o medicamento de PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**.
- 34 - Médico: Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. **(Preenchimento obrigatório)**.
- 35 - Usuário(a): Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.