

## 02 - Ficha de Atendimento para PrEP

FEVEREIRO/2022

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*	9 – Exame para HIV* Tipo	Resultado	Data da realização do exame: *O autoteste não está recomendado para início da PrEP **Se reagente a PrEP não está recomendado – Iniciar TARV
10 - Planejamento Reprodutivo?*	11 - Está Gestante? *	12 - Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? *	13 - Serviço de atendimento*
<b>AUTO RELATO DE ADESAO</b>			
14 - Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar?* _____ nº. Comprimidos (0 a 30) <small>*se mais que 1 comprimido, preencher a questão 13</small>			
15 - 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			
<b>CONDUTA FINAL</b>			
16 - Prescrição para PREP* TDF/FTC – apto para:		17 - Origem do acompanhamento médico:*	
18 - autoteste de HIV para entregar para pares/parcerias sexuais			
19 - Prescritor	UF:	CRM:	_____
Data:	COREN:	_____	<small>(Carimbo e assinatura)</small>
<b>20 – Retirada do medicamento</b>			
1ª dispensação			
Data: ___/___/___	_____	_____	_____
Dispensação para ___ dias	<small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	<small>(Assinatura do usuário)</small>	
2ª dispensação			
Data: ___/___/___	_____	_____	_____
Dispensação para ___ dias	<small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	<small>(Assinatura do usuário)</small>	
3ª dispensação			
Data: ___/___/___	_____	_____	_____
Dispensação para ___ dias	<small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	<small>(Assinatura do usuário)</small>	
4ª dispensação			
Data: ___/___/___	_____	_____	_____
Dispensação para ___ dias	<small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	<small>(Assinatura do usuário)</small>	