

02 - Ficha de Atendimento para PrEP

FEVEREIRO/2022

1 - CPF* _____	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde _____	3 - Prontuário _____	4 - Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
-------------------	---	-------------------------	---

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Nome Completo da Mãe*

8 - Data de Nascimento* ____/____/____	9 – Exame para HIV* Tipo <input type="radio"/> Autoteste* <input type="radio"/> Teste rápido <input type="radio"/> Sorologia	Resultado <input type="radio"/> Reagente** <input type="radio"/> Não reagente	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?* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	11 - Está Gestante? * <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/> não se aplica	12 - Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? * <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	13 - Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Serviço Privado
--	--	--	---

AUTO RELATO DE ADESAO

14 - Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar?* _____ nº. Comprimidos (0 a 30) *se mais que 1 comprimido, preencher a questão 13

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

CONDUTA FINAL

16 - 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	17 - Origem do acompanhamento médico:* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
---	---

18 - autoteste de HIV para entregar para pares/parcerias sexuais
 0 1 2 3 4 5

19 - Prescritor
 Data: ____/____/____ CRM: _____
 COREN: _____ (Carimbo e assinatura)

20 – Retirada do medicamento

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)
4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	_____ (Assinatura do farmacêutico)	_____ (Assinatura do usuário)