

02 - Ficha de Atendimento para PrEP

FEV/2024

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*			

CONDUTA

9 - Exame para HIV* Tipo: <input type="radio"/> Autoteste ¹ <input type="radio"/> Teste rápido <input type="radio"/> Sorologia	Data do resultado do exame não reagente?: ___/___/___	¹ O autoteste não está recomendado para início da PrEP ² Se reagente, a PrEP não está recomendada – Encaminhar para início de TARV
10 - O uso de PrEP está relacionado a:* <input type="radio"/> Planejamento reprodutivo <input type="radio"/> Gestação <input type="radio"/> Amamentação <input type="radio"/> não se aplica	11 - Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
12 - Nos últimos 3 meses, o usuário(a) tem ou teve algum sinal/sintoma ou foi diagnosticado(a) com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)?* (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Feridas/úlceras na vagina/ no pênis <input type="checkbox"/> Feridas/úlceras 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 uretral ou anal ou vaginal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Suspeita de Mpx <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Mpx <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorreia/Clamídia <input type="checkbox"/> Não		
13 - Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?*	14 - Nos últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para possibilitar, potencializar ou prolongar as interações sexuais?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
15 - Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP?*		
<input type="radio"/> Esquema diário <input type="radio"/> Esquema sob demanda <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Eu não tomei		
16 - Quantos comprimidos você tomou nos últimos 7 dias?*	17 - Serviço de atendimento*	
(Inserir número de 0 a 7) <input type="text"/>	<input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> OCTA <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Consultório Privado <input type="radio"/> Extramuros <input type="radio"/> Teleatendimento	

PRESCRIÇÃO

18 - Origem da prescrição:*	19 - Essa prescrição é para a modalidade de:*	
<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	<input type="radio"/> PrEP diária <input type="radio"/> PrEP sob demanda	
20 - Este formulário é para o fornecimento de* <input type="radio"/> 30 comprimidos <input type="radio"/> 60 comprimidos <input type="radio"/> 90 comprimidos <input type="radio"/> 120 comprimidos		
21 - Número de autoteste de HIV para entregar para pares/parcerias sexuais <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		
22 - Prescritor*	Tipo de conselho _____	
	UF do conselho: _____	
Data: ___/___/___	Nº do conselho _____	
	(Carimbo e assinatura)	

DISPENSA DE TDF/FTC

23 - Retirada do medicamento		
Fumarato de tenofovir desoproxila + entricitabina (TDF/FTC - 300 mg + 200 mg)		
1ª dispensação	Data: ___/___/___	
Dispensação de _____ comprimidos	(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do usuário)
2ª dispensação	Data: ___/___/___	
Dispensação de _____ comprimidos	(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do usuário)
3ª dispensação	Data: ___/___/___	
Dispensação de _____ comprimidos	(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do usuário)
4ª dispensação	Data: ___/___/___	
Dispensação de _____ comprimidos	(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do usuário)

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 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).

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

1. **CPF:** O preenchimento do CPF é obrigatório, salvo nas situações: Nacionalidade diferente de brasileira, raça/cor Indígena, pessoa em situação de rua no momento e pessoa privada de liberdade no momento. *(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)*
2. **CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
3. **Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde, se houver.
4. **Identificação Preferencial do Usuário:** De acordo com o decreto 8.727/2016, nome social é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Selecionar a opção que o usuário prefere ser chamado: se pelo nome de registro civil ao nascer ou se pelo nome social. *(Preenchimento obrigatório)*
5. **Nome completo do Usuário - Civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. *(Preenchimento obrigatório)*
6. **Nome Social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, nome social 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.
7. **Nome completo da mãe:** Preencher o nome da mãe do(a) usuário(a) exatamente como consta em seu documento de identidade, sem abreviações. *(Preenchimento obrigatório)*
8. **Data de nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. *(Preenchimento obrigatório)*
9. **Exame para HIV:** Inserir o tipo de exame para HIV realizado e a data do resultado do exame não reagente. *(Preenchimento obrigatório)*
10. **O uso da PrEP está relacionado a:** Informar caso uma dessas situações esteja relacionada à procura por PrEP. *(Preenchimento obrigatório)*
11. **Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV?** Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). *(Preenchimento obrigatório)*
12. **Nos últimos 3 meses, o usuário(a) tem ou teve algum sinal/sintoma ou foi diagnosticado(a) com Infecção Sexualmente Transmissível (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). *(Preenchimento obrigatório)*
13. **Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços:** Informar se aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo. *(Preenchimento obrigatório)*
14. **Nos últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para possibilitar, potencializar ou prolongar as interações sexuais:** Informar se, nos últimos 3 meses, o(a), usuário(a) fez uso, em qualquer quantidade, de substâncias como: GHB/GBL, metanfetamina (Tina, Ice, Speed, Cristal), MDMA (ecstasy), poppers, cocaína/pasta de coca, ketamina, LSD, etc) *(Preenchimento obrigatório)*
15. **Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP:** Assinalar a modalidade de uso mais prevalente no período. Caso seja a primeira dispensação do(a) usuário(a) marcar a opção "Eu não tomei". *(Preenchimento obrigatório)*
16. **Quantos comprimidos você tomou nos últimos 7 dias:** inserir número de 0 a 7 de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Caso seja a primeira dispensação do(a) usuário(a) inserir o número zero. *(Preenchimento obrigatório)*
17. **Serviço de atendimento:** Informar qual é o tipo de serviço onde o atendimento foi realizado, de acordo com a rede de atenção local. Por atividades extramuro entende-se a oferta de PrEP fora das dependências do serviço de saúde, diretamente na comunidade, deslocando a equipe de profissionais).
18. **Origem da prescrição:** Indicar se a prescrição foi feita por profissional de saúde em serviço público ou privado. *(Preenchimento obrigatório)*
19. **Essa prescrição é para a modalidade de:** Indicar a modalidade escolhida pelo prescriptor e usuário. *(Preenchimento obrigatório)*
20. **Este formulário é para o fornecimento de:** Assinalar a quantidade de comprimidos de PrEP podem-se dispensar com o formulário atual *(Preenchimento obrigatório)*.
21. **Número de autoteste de HIV para entregar para pares/ parcerias sexuais:** Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a entregar para pares e/ou parcerias sexuais.
22. **Prescritor:** Informar data da prescrição, número do conselho regional profissional correspondente e assinatura e carimbo do profissional de saúde. *(Preenchimento obrigatório)*.
- 23 - **Retirada do medicamento:** Registrar a data de dispensação e a quantidade comprimidos dessa dispensação. Solicitar a assinatura do(a) usuário(a), após a dispensação do medicamento.