

Cadastro Serviço

1. Serviço de atendimento*

- Atenção Primária
 Serviço Especializado
 Serviço de urgência/emergência
- CTA
 Extramuros
 Teleatendimento

2. Origem do acompanhamento:*

- Público
 Privado

3. CNES do Serviço de Atendimento

5. CPF*

6. CNS – Cartão Nacional de Saúde

7. Identificação Preferencial do Usuário*

- Nome Civil
 Nome Social

8. Prontuário

Cadastro Usuário

9. Nome Completo do Usuário - Civil*

10. Nome Social

11. Nome Completo da Mãe*

12. Data de Nascimento*

Conduta

13. Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV?*

- Sim
 Não

13a. Carga Viral do HIV

Data do resultado: ___ / ___

Resultado:
 Detectável
 Não detectável

14. Exame para HIV*

- Autoteste
 Teste rápido
 Sorologia

Data do resultado do exame não reagente:
___ / ___ / ___

15. O uso de PrEP está relacionado a:*

- Planejamento reprodutivo
 Gestação
 Amamentação
 Não se aplica

16. Nos últimos 3 meses, você tem ou teve algum sinal/sintoma ou foi diagnosticado(a) com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)?* (Marcar as opções aplicáveis)

- Feridas/úlceras na vagina/ no pênis Feridas no ânus Verrugas na vagina/ no pênis
 Verrugas no ânus Pequenas bolhas na vagina/ no pênis Pequenas bolhas no ânus
 Corrimento uretral ou anal ou vaginal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira Suspeita de Mpox
 Fui diagnosticado com Mpox Fui diagnosticado com Sífilis
 Fui diagnosticado com Gonorreia/Clamídia Não

17. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?*

- Sim
 Não

18. Nos últimos 3 meses, você fez uso de droga injetável ou "slam"?*

- Sim
 Não

19. Nos últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para possibilitar, potencializar ou prolongar as interações sexuais?*

- Sim
 Não

20. Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP?*

- Esquema diário Esquema sob demanda Ambos Eu não tomei

Prescrição

21. Essa prescrição é para a modalidade de:*

- PrEP diária PrEP sob demanda

22. Número de autoteste de HIV para entregar para pares e parcerias

- 0 1 2 3 4 5

23. Este formulário é para o fornecimento de:*

- 30 comprimidos 60 comprimidos

 90 comprimidos 120 comprimidos 180¹ comprimidos

24. Prescritor*

Tipo de conselho _____

UF do conselho: _____

Data: ___ / ___ / ___

Nº do conselho _____

(Carimbo e assinatura)

DISPENSA DE TDF/FTC

25 – 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)

5ª 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. 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. (**Preenchimento obrigatório**).
- 2. Origem do acompanhamento:** Indicar se a prescrição foi feita por profissional de saúde em serviço público ou privado. (**Preenchimento obrigatório**).
- 3. CNES do Serviço de Atendimento:** Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 4. Nome do Serviço de Atendimento:** Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 5. 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**)
- 6. CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
- 7. 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**)
- 8. Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde, se houver.
- 9. Nome completo do Usuário - Civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. (**Preenchimento obrigatório**)
- 10. 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.
- 11. 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**)
- 12. Data de nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. (**Preenchimento obrigatório**)
- 13. Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV?** Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). (**Preenchimento obrigatório**) **13a.** Este campo deverá ser preenchido caso o usuário já tenha sido participante de estudo sobre vacina e com resultado reagente para HIV nos testes rápidos ou sorológico (ou exames que realizam pesquisa de anticorpos/antígenos para o HIV). Informar a data do resultado e o resultado (**Preenchimento obrigatório**)
- 14. Exame para HIV:** Inserir o tipo de exame para HIV realizado e a data do resultado do exame não reagente. (**Preenchimento obrigatório**).
- 15. O uso da PrEP está relacionado a:** Informar caso uma dessas situações esteja relacionada à procura por PrEP. (**Preenchimento obrigatório**).
- 16. Nos últimos 3 meses, você 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**)
- 17. 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**)
- 18. Nos últimos 3 meses, você fez uso de droga injetável ou "slam"?:** informar se, nos últimos 3 meses, o(a), usuário(a) fez uso, em qualquer quantidade, de substâncias injetáveis, como : heroína (H, dope, diamante negro), cocaína (coke, pó, branca, farinha), metanfetamina (met, ice, tina, vidro) e anfetaminas (speed, bala, rebite).
- 19. 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**)
- 20. 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**).
- 21. Essa prescrição é para a modalidade de:** Indicar a modalidade escolhida pelo prescritor e usuário. (**Preenchimento obrigatório**).
- 22. Número de autoteste de HIV para sua autotestagem e para entregar para pares/ parcerias性uais:** Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a para sua autotestagem e entregar para pares e/ou parcerias sexuais.
- 23. Este formulário é para o fornecimento de:** Assinalar a quantidade de comprimidos de PrEP que podem ser dispensados com o formulário atual (**Preenchimento obrigatório**). Este formulário vale 7 dias a partir da data do resultado “não reagente” do teste rápido ou sorologia ou 15 dias a partir do resultado “indetectável” da realização da carga viral. Para as demais dispensas, a validade passará a contar da data da prescrição.
- 24. Prescritor:** Informar data da prescrição, número do conselho regional profissional correspondente e assinatura e carimbo do profissional de saúde. (**Preenchimento obrigatório**).
- 25. 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.