

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| 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: Autoteste¹ Reagente² Data da resultado do exame: ___/___/___ ¹O autoteste não está recomendado para início da PrEP
 Teste rápido Não reagente ²Se reagente a PrEP não está recomendado – Iniciar TARV
 Sorologia

10 - Planejamento Reprodutivo?*
 sim não

11 - Está Gestante? *
 sim
 não
 não se aplica

12 - Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? *
 sim não

13 - Serviço de atendimento*
 Atenção Primária CTA
 Serviço Especializado Serviço Privado

AUTO RELATO DE ADESÃO

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 à questão 15

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

DISPENSA

16 - Este formulário tem validade para fornecimento de* 30 dias 60 dias 90 dias 120 dias

17 - Origem da prescrição:* Público Privado Extramuros

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

19 - Prescritor CRM: _____
 Data: ___/___/___ COREN: _____
 Outro: _____ (Especificar) _____ (Carimbo e assinatura)

20 – Retirada do medicamento

| | | |
|---|--|---|
| 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> |

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: Inserir o CPF do usuário (*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.
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; seu resultado e a data da realização do exame. (*Preenchimento obrigatório*).
10. Planejamento Reprodutivo: Informar se o(a) usuário (a) tem interesse em usar PrEP para concepção em parceira sorodiferente. (*Preenchimento obrigatório*).
11. Está Gestante? - Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). (*Preenchimento obrigatório*).
12. Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). (*Preenchimento obrigatório*).
13. Tipo de Serviço: Informar qual é o tipo de serviço onde o atendimento foi realizado, de acordo com a rede de atenção local.
14. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos de PrEP você deixou de tomar? Escrever o número correspondente à resposta do usuário, mesmo que seja zero (nenhum). (*Preenchimento obrigatório*).
15. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos de PrEP, qual foi o principal motivo? Selecionar o campo de acordo com a resposta do (a) usuário (a). É possível marcar mais de uma alternativa.
16. Este formulário tem validade para fornecimento de: Assinalar a quantidade de dias para os quais pode-se dispensar PrEP.com o formulário atual (*Preenchimento obrigatório*).
17. Origem da prescrição: Indicar se a prescrição foi feita por profissional de saúde em serviço público, consultório privado ou em ações extramuros do SUS (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*).
18. 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.
19. Prescritor: Informar data da prescrição, número do conselho regional profissional correspondente e assinatura e carimbo do profissional de saúde. (*Preenchimento obrigatório*).
- 20 – Retirada do medicamento: Registrar a data de dispensação e a quantidade de dias de duração dessa dispensação. Solicitar a assinatura do(a) usuário(a), após a dispensação do medicamento.