

Identificação da Unidade

Data: ____/____/____

Nome da Unidade:

Nome profissional/rubrica:

1. Nome:

2. Nome social:

CNS () CPF () opcional:

3. Nome da mãe:

4. Sexo ao nascer: [] Masculino [] Feminino [] Não quis se classificar 5. É Travesti [] 6. É Transexual []

7. Gestante: [] Sim [] Não

8. Raça/Cor (auto-referida): [] Branca [] Preta [] Parda [] Amarela [] Indígena

9. Data de nascimento: ____/____/____

10. Idade:

Local de residência

11. Município:

[se estrangeiro]

12. Bairro:

13. Estado:

14. País:

Permissão de contato para ações de vinculação

15. Permite contato: [] Não

[] Sim, Whats app:

[] Sim, Telefone:

[] Apenas com o(a) próprio(a) e/ou [] Falar com:

[] Sim, Email:

16. Assinatura

[] Sim visita ou por correio, endereço: (no verso)

do usuário:

17. Situação Conjugal:

[] Casado(a)/uniao estavel

[] Viúvo(a)

[] Separado(a)

[] Não Informado

[] Solteiro(a)

18. Escolaridade (anos concluídos):

[] Nenhuma

[] de 8 a 11

[] de 1 a 3

[] 12 ou mais

[] de 4 a 7

[] Ignorado

19. É a primeira vez que faz um teste de HIV na vida? [] Sim [] Não

21. Se já fez teste de HIV antes qual foi o resultado:

20. Você já fez um AUTOTESTE de HIV? [] Sim [] Não

[] Reagente [] NÃO Reagente [] Não peguei resultado

20.b Como obteve o AUTOTESTE de HIV? [] na farmácia [] recebeu no SUS [] ganhou de par/parceiro(a) [] Nunca realizei

22. Tipo de parceria(s) sex. (ult. 12 m):

[] Não teve relações sexuais

[] Só homens

[] Só mulheres

[] Homens e Mulheres

[] Travestis/Transexuais

[] Não Informado

23. Nº de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:

[] Não Informado

[] Nenhum

[] 3 a 5

[] 21 a 50

[] 1

[] 6 a 10

[] 51 a 100

[] 2

[] 11 a 20

[] + de 100

24. Tem queixa de IST? [] Não [] Sim, Qual: [] ferida anal [] ferida genital

[] corrimento () uretral () anal () vaginal [] verruga anogenital

25. Já teve Sífilis? [] Sim [] Não [] Não sei

26. Tipo de exposição (resposta múltipla)

[] Rompimento de preservativo

[] Relação sexual sem camisinha (não quis usar, achou que não tinha risco)

[] Relação sexual sem camisinha sob efeito de álcool

[] Relação sexual sem camisinha sob efeito de drogas ilícitas

[] Uso de droga injetável com compartilhamento de seringa

[] Uso de outras drogas com compartilhamento de equipamento

[] Nenhuma exposição ao risco foi identificada

[] Acidente com material perfuro-cortante

[] Transmissão vertical

[] Hemofílico/Transfusão

[] Parceiro tem ou teve IST

[] Outros, quais:

27. Recorte Populacional:

[] Homem que faz sexo com homem

[] Profissional do sexo

[] Faz uso de drogas

[] Parceiro(a) de portador(a) do HIV

[] Travestis/Transexuais

[] Faz uso de drogas INJETAVEIS (inclui anabolizantes, hormônios)

[] Troca/trocou sexo por dinheiro/droga/benefícios

[] Outro:

28. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) FIXO(a):

[] Nunca [] Sempre [] Às vezes [] Não tem parceiro(a) fixo(a)

29. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) EVENTUAL:

[] Nunca [] Sempre [] Às vezes [] Não tem parceiro(a) eventual

30. Exame

31. Resultado

32. Se reagente, já sabia?

a) HIV [] Convencional

[] JTR apenas triagem

[] JTR realizou diagnostico (com laudo)

[] Não Realizado

a) [] Reagente

[] NÃO reagente

[] Discordante

[] Indeterminado

Se Reagente, já sabia? [] Não sabia

[] Sim, mas atualmente NÃO está em acompanhamento

[] Sim, e já está em tratamento

[] Não Informado

b) Sífilis [] JTR [] Não realizado

b) [] NÃO reag. [] Reagente

VDRL:

Tem sífilis, Já sabia? [] Não sabia [] Sim sabia

[] Exame confirmatório ainda não foi realizado

[] Não realizou exame de sífilis [] Não informado

c) Sífilis [] Conv [] Não realizado

c) Treponêmico:

[] NÃO reagente [] Reagente

c) VDRL=

Tem sífilis, Já sabia? [] Não sabia [] Sim sabia

[] Exame confirmatório ainda não foi realizado

[] Não realizou exame de sífilis [] Não informado

d) Hep. B [] Conv [] JTR [] JNR

d) [] JReag [] NÃO Reag

Sabia ser reagente para Hepatite B? [] Não sabia [] Não Info

[] Sim, sabia e NÃO trata [] Sim, sabia e trata [] Não realizou exame

e) Hep. C [] Conv [] JTR [] JNR

e) [] JReag [] NÃO Reag

Sabia ser reagente para Hepatite C? [] Não sabia [] Não Info

[] Sim, sabia e NÃO trata [] Sim, sabia e trata [] Não realizou exame

33. Usuário foi encaminhado?

[] Não por que Resultado foi negativo para HIV e SÍFILIS

[] Não por que já está em acompanhamento para HIV e/ou SÍFILIS

[] Sim, encaminhado para realizar confirmatório de SÍFILIS -VDRL

[] Sim, encaminhado para realização de tratamento de SÍFILIS

[] Sim, encaminhado para tratamento do HIV

[] Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite B

[] Sim, encaminhado para vacinação contra hepatite B

[] Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite c

[] Sim, encaminhado para consulta/tratamento de IST

[] Sim, encaminhado para realização de PEP

[] Sim, encaminhado para realização de PREP

[] Sim, Outro-qual:

[] Sem informação

34. Nome da unidade e município para onde foi encaminhado(a)