

**FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO E VINCULAÇÃO DOS CASOS COM RESULTADOS
REAGENTES PARA HIV E SÍFILIS - 2023**

DADOS INSTITUCIONAIS

GVE: _____ Município: _____

Nome do responsável pelas informações: _____

E-mail de contato: _____

PERFIL DA PESSOA DIAGNOSTICADA

Nome da unidade ou local onde foi realizado o teste: _____

Data da testagem: _____ CPF: _____

Identificação do usuário - Nome social: _____

Nome completo : _____

Nome da mãe: _____

Sexo: Masculino Feminino | Data de nascimento : ____ / ____ / ____ Idade: _____

Município de residência: _____

HIV

Que tipo de exame anti-HIV foi realizado?	Resultados dos TR de HIV:	Resultado HIV Convencional
<input type="checkbox"/> Exame Convencional	<input type="checkbox"/> T1=NÃO Reagente	<input type="checkbox"/> NÃO Reagente
<input type="checkbox"/> Teste Rápido de HIV	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2=NÃO reag	<input type="checkbox"/> REAGENTE
<input type="checkbox"/> Não foi realizado exame anti-HIV	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2 =Reag	<input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Sem Info	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2=NÃO Realizado	<input type="checkbox"/> Exame não realizado

Conclusão do Caso:

- Diagnóstico de HIV confirmado e foi encaminhad@ e matriculad@ na referência
 Diagnóstico de HIV confirmado e **NÃO** foi encaminhad@ e matriculad@ na referência
 Aguarda exame confirmatório de HIV
 Já sabia ser portador(a) do HIV e está em acompanhamento no SAE
 Já sabia ser portador(a) do HIV e está em acompanhamento no SETOR PRIVADO
 Já sabia ser portador(a), atualmente **NÃO** está em acompanhamento e foi encaminhado ao SAE
 Já sabia ser portador(a), atualmente **NÃO** está em acompanha/o, e **NÃO** foi encaminhado ao SAE
 Não foi confirmado o diagnóstico de HIV (não é portador)
 Outra situação, especifique: _____

Nome do MUNICIPIO p/ o qual HIV+ foi encaminhado(a): _____

Nome da UNIDADE p/a a qual HIV+ foi encaminhado(a): _____

Data do 1º exame Carga Viral ____/____/____ Data da Retirada Medicamento (SISCLM) ____/____/____

Caso a pessoa com HIV não tenha sido matriculada ou atendida na referência descreva aqui a razão: _____

SÍFILIS

Que tipo de exame de SÍFILIS foi realizado inicialmente?	Resultado do exame inicial de SÍFILIS:
<input type="checkbox"/> Exame Convencional de sífilis	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Exame não realizado
<input type="checkbox"/> Teste Rápido de Sífilis	<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Sem informação
<input type="checkbox"/> Não foi realizado exame de Sífilis <input type="checkbox"/> Sem Info	

Foi confirmado o diagnóstico de sífilis? Sim Não Exame de sífilis não realizado
 Não info Exame confirmatório de sífilis não foi realizado

Pessoa sabia estar com sífilis? Sim Não Não está com sífilis Não infor/ Exame não realizado

SÍFILIS - A pessoa diagnosticada com sífilis recebeu tratamento?

- Sim, recebeu tratamento completo Sem informação sobre tratamento
 Sim, iniciou, mas não completou tratamento Não é portador(a) de sífilis
 Não recebeu tratamento, PERDA DE SEGUIMENTO
 Não recebeu tratamento, ERA CICATRIZ Não foi realizado o exame de sífilis

Nome do MUNICIPIO no qual a pessoa tratou SÍFILIS: _____

Nome da UNIDADE para qual a pessoa foi encaminhada para tratar SÍFILIS: _____

Se a pessoa com sífilis não recebeu tratamento descreva aqui a razão: _____