

| | | | |
|--|--|--|--|
| 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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não quis se classificar 5.É Travesti <input type="checkbox"/> 6. É Transexual <input type="checkbox"/> | | | |
| 7. Gestante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | 8.Raça/Cor (auto-referida): <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Whats app: | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim, Telefone: | | <input type="checkbox"/> Apenas com o(a) próprio(a) e/ou <input type="checkbox"/> Falar com : | |
| <input type="checkbox"/> Sim, Email: | | 16.Assinatura | |
| <input type="checkbox"/> Sim visita ou por correio, endereço: (no verso) | | do usuário: | |
| 17.Situação Conjugal : | | 18.Escolaridade (anos concluídos): | |
| <input type="checkbox"/> Casado(a)/uniao estavel <input type="checkbox"/> Viúvo(a) | | <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> de 8 a 11 | |
| <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Não Informado | | <input type="checkbox"/> de 1 a 3 <input type="checkbox"/> 12 ou mais | |
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | | <input type="checkbox"/> de 4 a 7 <input type="checkbox"/> Ignorado | |
| 19. É a primeira vez que faz um teste de HIV na vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | 21. Se já fez teste de HIV antes qual foi o resultado: | |
| 20. Você já fez um AUTOTESTE de HIV? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> NÃO Reagente <input type="checkbox"/> Não peguei resultado | |
| 20.b Como obteve o AUTOTESTE de HIV? <input type="checkbox"/> na farmácia <input type="checkbox"/> recebeu no SUS <input type="checkbox"/> ganhou de par/parceiro(a) <input type="checkbox"/> Nunca realizei | | | |
| 22.Tipo de parceria(s) sex. (ult. 12 m): | | 23. Nº de parceiros sexuais nos últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Não informado | |
| <input type="checkbox"/> Não teve relações sexuais | | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 21 a 50 | |
| <input type="checkbox"/> Só homens | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 a 10 <input type="checkbox"/> 51 a100 | |
| <input type="checkbox"/> Só mulheres | | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 11 a 20 <input type="checkbox"/> + de 100 | |
| <input type="checkbox"/> Homens e Mulheres | | 24.Tem queixa de IST? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual: <input type="checkbox"/> ferida anal <input type="checkbox"/> ferida genital | |
| <input type="checkbox"/> Travestis/Transexuais | | <input type="checkbox"/> corrimento () uretral () anal () vaginal <input type="checkbox"/> verruga anogenital | |
| <input type="checkbox"/> Não Informado | | 25. Já teve Sífilis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei | |
| 26. Tipo de exposição (resposta múltipla) | | | |
| <input type="checkbox"/> Rompimento de preservativo | | <input type="checkbox"/> Nenhuma exposição ao risco foi identificada | |
| <input type="checkbox"/> Relação sexual sem camisinha (não quis usar, achou que não tinha risco) | | <input type="checkbox"/> Acidente com material perfuro-cortante | |
| <input type="checkbox"/> Relação sexual sem camisinha sob efeito de álcool | | <input type="checkbox"/> Transmissão vertical | |
| <input type="checkbox"/> Relação sexual sem camisinha sob efeito de drogas ilícitas | | <input type="checkbox"/> Hemofílico/Transfusão | |
| <input type="checkbox"/> Uso de droga injetável com compartilhamento de seringa | | <input type="checkbox"/> Parceiro tem ou teve IST | |
| <input type="checkbox"/> Uso de outras drogas com compartilhamento de equipamento | | <input type="checkbox"/> Outros, quais: | |
| 27. Recorte Populacional: | | | |
| <input type="checkbox"/> Homem que faz sexo com homem <input type="checkbox"/> Profissional do sexo | | <input type="checkbox"/> Faz uso de drogas | |
| <input type="checkbox"/> Parceiro(a) de portador(a) do HIV <input type="checkbox"/> Travestis/Transexuais | | <input type="checkbox"/> Faz uso de drogas INJETAVEIS (inclui anabolizantes, hormônios) | |
| <input type="checkbox"/> Troca/trocou sexo por dinheiro/droga/benefícios | | <input type="checkbox"/> Outro: | |
| 28. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) FIXO(a): | | 29. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) EVENTUAL: | |
| <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não tem parceiro(a) fixo(a) | | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não tem parceiro(a) eventual | |
| 30. Exame | | 31. Resultado | |
| a) HIV <input type="checkbox"/> Convencional | | a) <input type="checkbox"/> Reagente | |
| <input type="checkbox"/> JTR apenas triagem | | <input type="checkbox"/> NÃO reagente | |
| <input type="checkbox"/> JTR realizou diagnostico (com laudo) | | <input type="checkbox"/> Discordante | |
| <input type="checkbox"/> Não Realizado | | <input type="checkbox"/> Indeterminado | |
| b) Sífilis <input type="checkbox"/> JTR <input type="checkbox"/> Não realizado | | b) <input type="checkbox"/> NÃO reag. <input type="checkbox"/> Reagente VDRL: | |
| c) Sífilis <input type="checkbox"/> Conv <input type="checkbox"/> Não realizado | | c) Treponêmico: <input type="checkbox"/> NÃO reagente <input type="checkbox"/> Reagente | |
| d) Hep.B <input type="checkbox"/> Conv <input type="checkbox"/> JTR <input type="checkbox"/> JNR | | d) <input type="checkbox"/> Reag <input type="checkbox"/> NÃO Reag | |
| e) Hep. C <input type="checkbox"/> Conv <input type="checkbox"/> JTR <input type="checkbox"/> JNR | | e) <input type="checkbox"/> Reag <input type="checkbox"/> NÃO Reag | |
| | | 32. Se reagente, já sabia? | |
| | | Se Reagente, já sabia? <input type="checkbox"/> Não sabia | |
| | | <input type="checkbox"/> Sim, mas atualmente NÃO está em acompanhamento | |
| | | <input type="checkbox"/> Sim, e já está em tratamento | |
| | | <input type="checkbox"/> Não Informado | |
| | | Tem sífilis, Já sabia? <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Sim sabia | |
| | | <input type="checkbox"/> Exame confirmatório ainda não foi realizado | |
| | | <input type="checkbox"/> Não realizou exame de sífilis <input type="checkbox"/> Não informado | |
| | | Tem sífilis, Já sabia? <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Sim sabia | |
| | | <input type="checkbox"/> Exame confirmatório ainda não foi realizado | |
| | | <input type="checkbox"/> Não realizou exame de sífilis <input type="checkbox"/> Não informado | |
| | | Sabia ser reagente para Hepatite B? <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Não Info | |
| | | <input type="checkbox"/> Sim, sabia e NÃO trata <input type="checkbox"/> Sim, sabia e trata <input type="checkbox"/> Não realizou exame | |
| | | Sabia ser reagente para Hepatite C? <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Não Info | |
| | | <input type="checkbox"/> Sim, sabia e NÃO trata <input type="checkbox"/> Sim, sabia e trata <input type="checkbox"/> Não realizou exame | |
| 33. Usuário foi encaminhado? | | | |
| <input type="checkbox"/> Não por que Resultado foi negativo para HIV e SÍFILIS | | <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para vacinação contra hepatite B | |
| <input type="checkbox"/> Não por que já esta em acompanhamento para HIV e/ou SÍFILIS | | <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite c | |
| <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realizar confirmatório de SÍFILIS -VDRL | | <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para consulta/tratamento de IST | |
| <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de tratamento de SÍFILIS | | <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de PEP | |
| <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para tratamento do HIV | | <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de PREP | |
| <input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite B | | <input type="checkbox"/> Sim, Outro-qual: _____ <input type="checkbox"/> Sem informação | |
| 34. Nome da unidade e município para onde foi encaminhado(a) | | | |