

FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO E VINCULAÇÃO DOS CASOS COM RESULTADOS REAGENTES PARA HIV E SÍFILIS - 2025

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
☐ Exame Convencional	☐ T1=NÃO Reagente	☐ NÃO Reagente
☐ Teste Rápido de HIV	☐ T1=Reag e T2=NÃO reag	☐ REAGENTE
☐ Não foi realizado exame anti-HIV	☐ T1=Reag e T2 =Reag	☐ Indeterminado
☐ Sem Info	☐ T1=Reag e T2=NÃO Realizado	☐ Exame não realizado

Conclusão do Caso:

- ☐ Diagnóstico de HIV confirmado e foi encaminhado@ e matriculado@ na referência
- ☐ Diagnóstico de HIV confirmado e **NÃO** foi encaminhado@ e matriculado@ 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 (SISCLOM) ____/____/____

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:
☐ Exame Convencional de sífilis	☐ Reagente ☐ Exame não realizado
☐ Teste Rápido de Sífilis	☐ Não Reagente ☐ Sem informação
☐ Não foi realizado exame de Sífilis ☐ 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: _____