02 - Ficha de Atendimento para PrEP

Maio/2021

1 - CPF*

2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde

3 - Prontuário

4 - Identificação Preferencial do Usuário
◯ Nome Civil ◯ Nome Social

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Nome Completo da Mãe*

8 - Data de Nascimento*

9 – Exame para HIV*
Tipo
◯ Autoteste*
◯ Teste rápido
◯ Sorologia

Resultado
◯ Reagente**
◯ Não reagente

Data da resultado do exame: ___/___/_____

*O autoteste não está recomendado para inicio da PrEP
**Se reagente a PrEP não está recomendado – Iniciar TARV

10 - Planejamento Reprodutivo?*
◯ sim ◯ não

11 - Está Gestante? *
◯ sim
◯ não
◯ não se aplica

AUTO RELATO DE ADESÃO

12 - Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar?* _____ nº. Comprimidos (0 a 30) *se mais que 1 comprimido, preencher a questão 13

13 - 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

CONDUTA FINAL

14 - Prescrição para PREP*
TDF/FTC – apto para: ◯ 30 dias ◯ 60 dias ◯ 90 dias ◯ 120 dias

15 - Origem do acompanhamento médico:*
◯ Público ◯ Privado

16 - autoteste de HIV para entregar para pares/parcerias sexuais
◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5

17 - Prescritor
Data: ___/___/_____
CRM: _____
COREN: _____
_____
(Carimbo e assinatura)

18 – Retirada do medicamento

1ª dispensação
Data: ___/___/_____
Dispensação para _____dias
_____ (Assinatura do **farmacêutico**)
_____ (Assinatura do **usuário**)

2ª dispensação
Data: ___/___/_____
Dispensação para _____dias
_____ (Assinatura do **farmacêutico**)
_____ (Assinatura do **usuário**)

3ª dispensação
Data: ___/___/_____
Dispensação para _____dias
_____ (Assinatura do **farmacêutico**)
_____ (Assinatura do **usuário**)

4ª dispensação
Data: ___/___/_____
Dispensação para _____dias
_____ (Assinatura do **farmacêutico**)
_____ (Assinatura do **usuário**)