

02 - Ficha de Atendimento para PrEP

Maio/2021

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - Prontuário	4 - Identificação Preferencial do Usuário
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*			
6 - Nome Social			
7 - Nome Completo da Mãe*			
8 - Data de Nascimento*	9 – Exame para HIV* Tipo	Resultado	Data da resultado do exame: *O autoteste não está recomendado para início da PrEP **Se reagente a PrEP não está recomendado – Iniciar TARV
10 - Planejamento Reprodutivo?*	11 - Está Gestante? *		
AUTO RELATO DE ADESAO			
12 - Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar?*		nº. Comprimidos (0 a 30)	<small>*se mais que 1 comprimido, preencher a questão 13</small>
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:		15 - Origem do acompanhamento médico:*	
16 - autoteste de HIV para entregar para pares/parcerias sexuais			
17 - Prescritor Data: _____ CRM: _____ COREN: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(Carimbo e assinatura)</div>			
18 – Retirada do medicamento			
1ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%; text-align: center;">_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small></div><div style="width: 45%; text-align: center;">_____ <small>(Assinatura do usuário)</small></div></div>			
2ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%; text-align: center;">_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small></div><div style="width: 45%; text-align: center;">_____ <small>(Assinatura do usuário)</small></div></div>			
3ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%; text-align: center;">_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small></div><div style="width: 45%; text-align: center;">_____ <small>(Assinatura do usuário)</small></div></div>			
4ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%; text-align: center;">_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small></div><div style="width: 45%; text-align: center;">_____ <small>(Assinatura do usuário)</small></div></div>			