

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: [ ] Masculino [ ] Feminino [ ] Não quis se classificar 5. É Travesti [ ] 6. É Transexual [ ]

7. Gestante: [ ] Sim [ ] Não 8. Raça/Cor (auto-referida): [ ] Branca [ ] Preta [ ] Parda [ ] Amarela [ ] 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: [ ] Não [ ] Sim, Whats app:

[ ] Sim, Telefone: \_\_\_\_\_ [ ] Apenas com o(a) próprio(a) e/ou [ ] Falar com :

[ ] Sim, Email: \_\_\_\_\_ 16. Assinatura

[ ] Sim visita ou por correio, endereço: (no verso) do usuário:

17. Situação Conjugal :	18. Escolaridade (anos concluídos):
[ ] Casado(a)/união estável [ ] Viúvo(a)	[ ] Nenhuma [ ] de 8 a 11
[ ] Separado(a) [ ] Não Informado	[ ] de 1 a 3 [ ] 12 ou mais
[ ] Solteiro(a)	[ ] de 4 a 7 [ ] Ignorado

19. É a primeira vez que faz um teste de HIV na vida? [ ] Sim [ ] Não 21. Se já fez teste de HIV antes qual foi o resultado:

20. Você já fez um AUTOTESTE de HIV? [ ] Sim [ ] Não [ ] Reagente [ ] NÃO Reagente [ ] Não peguei resultado

20.b Como obteve o AUTOTESTE de HIV? [ ] na farmácia [ ] recebeu no SUS [ ] ganhou de par/parceiro(a) [ ] Nunca realizei

22. Tipo de parceria(s) sex. (ult. 12 m):	23. Nº de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:
[ ] Não teve relações sexuais	[ ] Nenhum [ ] 3 a 5 [ ] 21 a 50
[ ] Só homens	[ ] 1 [ ] 6 a 10 [ ] 51 a 100
[ ] Só mulheres	[ ] 2 [ ] 11 a 20 [ ] + de 100
[ ] Homens e Mulheres	24. Tem queixa de IST? [ ] Não [ ] Sim, Qual: [ ] ferida anal [ ] ferida genital
[ ] Travestis/Transexuais	[ ] corrimento ( ) uretral ( ) anal ( ) vaginal [ ] verruga anogenital
[ ] Não Informado	25. Já teve Sífilis? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

 26. Tipo de exposição (resposta múltipla)
 

[ ] Rompimento de preservativo	[ ] Nenhuma exposição ao risco foi identificada
[ ] Relação sexual sem camisinha (não quis usar, achou que não tinha risco)	[ ] Acidente com material perfuro-cortante
[ ] Relação sexual sem camisinha <b>sob efeito de álcool</b>	[ ] Transmissão vertical
[ ] Relação sexual sem camisinha <b>sob efeito de drogas</b> ilícitas	[ ] Hemofílico/Transfusão
[ ] Uso de droga injetável com compartilhamento de seringa	[ ] Parceiro tem ou teve IST
[ ] Uso de outras drogas com compartilhamento de equipamento	[ ] Outros, quais:

 27. Recorte Populacional:
 

[ ] Homem que faz sexo com homem	[ ] Profissional do sexo	[ ] Faz uso de drogas
[ ] Parceiro(a) de portador(a) do HIV	[ ] Travestis/Transexuais	[ ] Faz uso de drogas INJETAVEIS (inclui anabolizantes, hormônios)
[ ] Troca/trocou sexo por dinheiro/droga/benefícios	[ ] Outro:	

28. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) FIXO(a):	29. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) EVENTUAL:
[ ] Nunca [ ] Sempre [ ] Às vezes [ ] Não tem parceiro(a) fixo(a)	[ ] Nunca [ ] Sempre [ ] Às vezes [ ] Não tem parceiro(a) eventual

30. Exame	31. Resultado	32. Se reagente, já sabia?
a) HIV [ ] Convencional [ ] TR apenas triagem [ ] TR realizou diagnostico (com laudo) [ ] Não Realizado	a) [ ] Reagente [ ] NÃO reagente [ ] Discordante [ ] Indeterminado	Se Reagente, já sabia? [ ] Não sabia [ ] Sim, mas atualmente NÃO está em acompanhamento [ ] Sim, e já está em tratamento [ ] Não Informado
b) Sífilis [ ] TR [ ] Não realizado	b) [ ] Reagente [VDRL]: [ ] NÃO reagente	Tem sífilis, Já sabia? [ ] Não sabia [ ] Sim sabia [ ] Exame confirmatório de sífilis ainda não realizado [ ] Não realizou exame de sífilis [ ] Não informado
c) Sífilis [ ] Conv [ ] Não realizado	b) Reagente VDRL: [ ] NÃO reagente Treponêmico: [ ] Reag [ ] Não Reag	Tem sífilis, Já sabia? [ ] Não sabia [ ] Sim sabia [ ] Exame confirmatório de sífilis ainda não realizado [ ] Não realizou exame de sífilis [ ] Não informado

 33. Usuário foi encaminhado?
 

[ ] Não por que Resultado foi negativo para HIV e SÍFILIS	[ ] Sim, encaminhado para vacinação contra hepatite B
[ ] Não por que já esta em acompanhamento para HIV e/ou SÍFILIS	[ ] Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite c
[ ] Sim, encaminhado para realizar confirmatório de SÍFILIS -VDRL	[ ] Sim, encaminhado para consulta/tratamento de IST
[ ] Sim, encaminhado para realização de tratamento de SÍFILIS	[ ] Sim, encaminhado para realização de PEP
[ ] Sim, encaminhado para tratamento do HIV	[ ] Sim, encaminhado para realização de PREP
[ ] Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite B	[ ] Sim, Outro-qual: _____ [ ] Sem informação

34. Nome da unidade e município para onde foi encaminhado(a)