



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 : [] Casado(a)/uniao estavel [] Viúvo(a) [] Nenhuma [] de 8 a 11
[] Separado(a) [] Não Informado [] de 1 a 3 [] 12 ou mais
[] Solteiro(a) [] de 4 a 7 [] Ignorado19. 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:
[] Reagente [] NÃO Reagente [] Não peguei resultado

20. Você já fez um AUTOTESTE de HIV? [] Sim [] Não 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): [] 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/Transsexuais [] 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 sob efeito de álcool [] Transmissão vertical
[] Relação sexual sem camisinha sob efeito de drogas ilícitas [] Hemofílico/Transusão
[] 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/Transsexuais [] 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): [] Nunca [] Sempre [] Às vezes [] Não tem parceiro(a) fixo(a) 29. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) EVENTUAL:
[] Nunca [] Sempre [] Às vezes [] Não tem parceiro(a) eventual30. Exame 31. Resultado 32. Se reagente, já sabia?
a) HIV [] Convencional [] NÃO reagente [] Não sabia
[] TR apenas triagem [] Discordante [] Sim, mas atualmente NÃO está em acompanhamento
[] TR realizou diagnostico (com laudo) [] Indeterminado [] Sim, e já está em tratamento
[] Não Realizado [] Não Informado [] Não Informado
b) Sífilis [] TR [] Não realizado b) [] NÃO reag. [] Reagente VDRL:
[] Não realizado [] Não realizou exame de sífilis [] Não informado
c) Sífilis [] Conv [] Não realizado c) Treponêmico:
[] Não realizado [] Não realizou exame de sífilis [] Não informado
[] NÃO reagente [] Reagente [] Não realizou exame de sífilis [] Não informado
d) Hep. B [] Conv [] TR [] NR d) [] Reag [] NÃO Reag Sabia ser reagente para Hepatite B? [] Não sabia [] Não Info
[] Sim, sabia e NÃO trata [] Sim, sabia e trata [] Não realizou exame
e) Hep. C [] Conv [] TR [] NR e) [] Reag [] NÃO Reag Sabia ser reagente para Hepatite C? [] Não sabia [] Não Info
[] Sim, sabia e NÃO trata [] Sim, sabia e trata [] Não realizou exame33. 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)