

<b>Identificação da Unidade</b>	Data: ____/____/____
<b>Nome da Unidade:</b>	<b>Nome profissional/rubrica:</b>

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 [ ] de 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 Informado

[ ] 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 **sob efeito de álcool** [ ] Transmissão vertical

[ ] Relação sexual sem camisinha **sob efeito de drogas** 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 a) [ ] Reagente Se Reagente, já sabia? [ ] Não sabia

[ ] TR apenas triagem [ ] NÃO reagente [ ] Sim, mas atualmente NÃO está em acompanhamento

[ ] TR realizou diagnóstico (com laudo) [ ] Discordante [ ] Sim, e já está em tratamento

[ ] Não Realizado [ ] Indeterminado [ ] Não Informado

b) Sífilis [ ] TR [ ] Não realizado b) [ ] Reagente Tem sífilis, Já sabia? [ ] Não sabia

[ ] TR [ ] Não realizado [ ] VDRL: [ ] Sim sabia

[ ] Não realizado [ ] NÃO reagente [ ] Exame confirmatório de sífilis ainda não realizado

[ ] Não realizado [ ] Não realizou exame de sífilis [ ] Não informado

c) Sífilis [ ] Conv [ ] Não realizado b) Reagente VDRL: Tem sífilis, Já sabia? [ ] Não sabia

[ ] Não realizado [ ] NÃO reagente [ ] Sim sabia

[ ] Não realizado [ ] Reag [ ] Não Reag [ ] Exame confirmatório de sífilis ainda não realizado

[ ] 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)