

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)/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 [] 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 diagnostico (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)