

<b>Identificação da Unidade</b>		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: _____	
<b>Permissão de contato para ações de vinculação</b>			
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 <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	
a) HIV [ ] Convencional		a) [ ] Reagente	
[ ] TR apenas triagem		[ ] NÃO reagente	
[ ] TR realizou diagnostico (com laudo)		[ ] Discordante	
[ ] Não Realizado		[ ] Indeterminado	
b) Sífilis [ ] TR [ ] Não realizado		b) [ ] NÃO reag. [ ] Reagente VDRL:	
		c) Treponêmico: [ ] Não reagente [ ] Reagente	
		c) VDRL= _____	
c) Sífilis [ ] Conv [ ] Não realizado		[ ] Não sabia [ ] Sim sabia	
		[ ] Exame confirmatório ainda não foi realizado	
		[ ] 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 exame	
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)