

**FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO E VINCULAÇÃO DOS CASOS COM RESULTADOS  
REAGENTES PARA HIV E SÍFILIS - 2023**

**DADOS INSTITUCIONAIS**

GVE: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome do responsável pelas informações: \_\_\_\_\_

E-mail de contato: \_\_\_\_\_

**PERFIL DA PESSOA DIAGNOSTICADA**

Nome da unidade ou local onde foi realizado o teste: \_\_\_\_\_

Data da testagem: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Identificação do usuário - Nome social: \_\_\_\_\_

Nome completo : \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino | Data de nascimento : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Município de residência: \_\_\_\_\_

**HIV**

Que tipo de exame anti-HIV foi realizado?	Resultados dos TR de HIV:	Resultado HIV Convencional
<input type="checkbox"/> Exame Convencional	<input type="checkbox"/> T1=NÃO Reagente	<input type="checkbox"/> NÃO Reagente
<input type="checkbox"/> Teste Rápido de HIV	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2=NÃO reag	<input type="checkbox"/> REAGENTE
<input type="checkbox"/> Não foi realizado exame anti-HIV	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2 =Reag	<input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Sem Info	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2=NÃO Realizado	<input type="checkbox"/> Exame não realizado

**Conclusão do Caso:**

- Diagnóstico de HIV confirmado e foi encaminhad@ e matriculad@ na referência
- Diagnóstico de HIV confirmado e **NÃO** foi encaminhad@ e matriculad@ na referência
- Aguarda exame confirmatório de HIV
- Já sabia ser portador(a) do HIV e está em acompanhamento no SAE
- Já sabia ser portador(a) do HIV e está em acompanhamento no SETOR PRIVADO
- Já sabia ser portador(a), atualmente **NÃO** está em acompanhamento e foi encaminhado ao SAE
- Já sabia ser portador(a), atualmente **NÃO** está em acompanha/o, e **NÃO** foi encaminhado ao SAE
- Não foi confirmado o diagnóstico de HIV (não é portador)
- Outra situação, especifique: \_\_\_\_\_

Nome do MUNICIPIO p/ o qual HIV+ foi encaminhado(a): \_\_\_\_\_

Nome da UNIDADE p/a a qual HIV+ foi encaminhado(a): \_\_\_\_\_

Data do 1º exame Carga Viral \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da Retirada Medicamento ( SISCLM) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caso a pessoa com HIV não tenha sido matriculada ou atendida na referência descreva aqui a razão: \_\_\_\_\_

**SÍFILIS**

Que tipo de exame de SÍFILIS foi realizado inicialmente?	Resultado do exame inicial de SÍFILIS:
<input type="checkbox"/> Exame Convencional de sífilis	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Exame não realizado
<input type="checkbox"/> Teste Rápido de Sífilis	<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Sem informação
<input type="checkbox"/> Não foi realizado exame de Sífilis <input type="checkbox"/> Sem Info	

Foi confirmado o diagnóstico de sífilis?  Sim  Não  Exame de sífilis não realizado  
 Não info  Exame confirmatório de sífilis não foi realizado

Pessoa sabia estar com sífilis?  Sim  Não  Não está com sífilis  Não infor/  Exame não realizado

**SÍFILIS - A pessoa diagnosticada com sífilis recebeu tratamento?**

- Sim, recebeu tratamento completo  Sem informação sobre tratamento
- Sim, iniciou, mas não completou tratamento  Não é portador(a) de sífilis
- Não recebeu tratamento, PERDA DE SEGUIMENTO
- Não recebeu tratamento, ERA CICATRIZ  Não foi realizado o exame de sífilis

Nome do MUNICIPIO no qual a pessoa tratou SÍFILIS: \_\_\_\_\_

Nome da UNIDADE para qual a pessoa foi encaminhada para tratar SÍFILIS: \_\_\_\_\_

Se a pessoa com sífilis não recebeu tratamento descreva aqui a razão: \_\_\_\_\_