

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)
[] Separado(a) [] Não Informado
[] Solteiro(a) [] Ignorado

18. Escolaridade (anos concluídos):
[] Nenhuma [] de 8 a 11
[] de 1 a 3 [] 12 ou mais
[] 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):
[] 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

24. Tem queixa de IST? [] Não [] Sim, Qual: [] ferida anal [] ferida genital
[] corrimento () uretral () anal () vaginal [] verruga anogenital

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): [] 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) eventual

30. Exame	31. Resultado	32. Se reagente, já sabia?
a) HIV [] Convencional [] TR apenas triagem [] TR realizou diagnostico (com laudo) [] Não Realizado	a) [] Reagente [] NÃO reagente [] Discordante [] Indeterminado	Se Reagente, já sabia? [] Não sabia [] Sim, mas atualmente NÃO está em acompanhamento [] Sim, e já está em tratamento [] Não Informado
b) Sífilis [] TR [] Não realizado	b) [] Reagente [VDRL]: [] NÃO reagente	Tem sífilis, Já sabia? [] Não sabia [] Sim sabia [] Exame confirmatório de sífilis ainda não realizado [] Não realizou exame de sífilis [] Não informado
c) Sífilis [] Conv [] Não realizado	b) Reagente VDRL: [] NÃO reagente Treponêmico: [] Reag [] Não Reag	Tem sífilis, Já sabia? [] Não sabia [] Sim sabia [] Exame confirmatório de sífilis ainda 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)