

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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não quis se classificar    5. É Travesti <input type="checkbox"/> 6. É Transexual <input type="checkbox"/>			
7. Gestante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		8. Raça/Cor (auto-referida): <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Whats app:			
<input type="checkbox"/> Sim, Telefone:		<input type="checkbox"/> Apenas com o(a) próprio(a) e/ou <input type="checkbox"/> Falar com :	
<input type="checkbox"/> Sim, Email:		16. Assinatura	
<input type="checkbox"/> Sim visita ou por correio, endereço: (no verso)		do usuário:	
17. Situação Conjugal :		18. Escolaridade (anos concluídos):	
<input type="checkbox"/> Casado(a)/uniao estavel <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> de 8 a 11	
<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Não Informado		<input type="checkbox"/> de 1 a 3 <input type="checkbox"/> 12 ou mais	
<input type="checkbox"/> Solteiro(a)		<input type="checkbox"/> de 4 a 7 <input type="checkbox"/> Ignorado	
19. É a primeira vez que faz um teste de HIV na vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		21. Se já fez teste de HIV antes qual foi o resultado:	
20. Você já fez um AUTOTESTE de HIV? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> NÃO Reagente <input type="checkbox"/> Não peguei resultado	
20.b Como obteve o AUTOTESTE de HIV? <input type="checkbox"/> na farmácia <input type="checkbox"/> recebeu no SUS <input type="checkbox"/> ganhou de par/parceiro(a) <input type="checkbox"/> Nunca realizei			
22. Tipo de parceria(s) sex. (ult. 12 m):		23. Nº de parceiros sexuais nos últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Não informado	
<input type="checkbox"/> Não teve relações sexuais		<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 21 a 50	
<input type="checkbox"/> Só homens		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 a 10 <input type="checkbox"/> 51 a 100	
<input type="checkbox"/> Só mulheres		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 11 a 20 <input type="checkbox"/> + de 100	
<input type="checkbox"/> Homens e Mulheres		24. Tem queixa de IST? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual: <input type="checkbox"/> ferida anal <input type="checkbox"/> ferida genital	
<input type="checkbox"/> Travestis/Transexuais		<input type="checkbox"/> corrimento ( ) uretral ( ) anal ( ) vaginal <input type="checkbox"/> verruga anogenital	
<input type="checkbox"/> Não Informado		25. Já teve Sífilis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
26. Tipo de exposição (resposta múltipla)			
<input type="checkbox"/> Rompimento de preservativo		<input type="checkbox"/> Nenhuma exposição ao risco foi identificada	
<input type="checkbox"/> Relação sexual sem camisinha (não quis usar, achou que não tinha risco)		<input type="checkbox"/> Acidente com material perfuro-cortante	
<input type="checkbox"/> Relação sexual sem camisinha <b>sob efeito de álcool</b>		<input type="checkbox"/> Transmissão vertical	
<input type="checkbox"/> Relação sexual sem camisinha <b>sob efeito de drogas</b> ilícitas		<input type="checkbox"/> Hemofílico/Transfusão	
<input type="checkbox"/> Uso de droga injetável com compartilhamento de seringa		<input type="checkbox"/> Parceiro tem ou teve IST	
<input type="checkbox"/> Uso de outras drogas com compartilhamento de equipamento		<input type="checkbox"/> Outros, quais:	
27. Recorte Populacional:			
<input type="checkbox"/> Homem que faz sexo com homem <input type="checkbox"/> Profissional do sexo		<input type="checkbox"/> Faz uso de drogas	
<input type="checkbox"/> Parceiro(a) de portador(a) do HIV <input type="checkbox"/> Travestis/Transexuais		<input type="checkbox"/> Faz uso de drogas INJETAVEIS (inclui anabolizantes, hormônios)	
<input type="checkbox"/> Troca/trocou sexo por dinheiro/droga/benefícios		<input type="checkbox"/> Outro:	
28. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) FIXO(a):		29. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) EVENTUAL:	
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não tem parceiro(a) fixo(a)		<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não tem parceiro(a) eventual	
30. Exame		31. Resultado	
a) HIV <input type="checkbox"/> Convencional		a) <input type="checkbox"/> Reagente	
<input type="checkbox"/> JTR apenas triagem		<input type="checkbox"/> NÃO reagente	
<input type="checkbox"/> JTR realizou diagnostico (com laudo)		<input type="checkbox"/> Discordante	
<input type="checkbox"/> Não Realizado		<input type="checkbox"/> Indeterminado	
b) Sífilis <input type="checkbox"/> JTR <input type="checkbox"/> Não realizado		b) <input type="checkbox"/> NÃO reag. <input type="checkbox"/> Reagente VDRL:	
c) Sífilis <input type="checkbox"/> Conv <input type="checkbox"/> Não realizado		c) Treponêmico: <input type="checkbox"/> NÃO reagente <input type="checkbox"/> Reagente	
d) Hep.B <input type="checkbox"/> Conv <input type="checkbox"/> JTR <input type="checkbox"/> JNR		d) <input type="checkbox"/> Reag <input type="checkbox"/> NÃO Reag	
e) Hep. C <input type="checkbox"/> Conv <input type="checkbox"/> JTR <input type="checkbox"/> JNR		e) <input type="checkbox"/> Reag <input type="checkbox"/> NÃO Reag	
		32. Se reagente, já sabia?	
		Se Reagente, já sabia? <input type="checkbox"/> Não sabia	
		<input type="checkbox"/> Sim, mas atualmente NÃO está em acompanhamento	
		<input type="checkbox"/> Sim, e já está em tratamento	
		<input type="checkbox"/> Não Informado	
		Tem sífilis, Já sabia? <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Sim sabia	
		<input type="checkbox"/> Exame confirmatório ainda não foi realizado	
		<input type="checkbox"/> Não realizou exame de sífilis <input type="checkbox"/> Não informado	
		Tem sífilis, Já sabia? <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Sim sabia	
		<input type="checkbox"/> Exame confirmatório ainda não foi realizado	
		<input type="checkbox"/> Não realizou exame de sífilis <input type="checkbox"/> Não informado	
		Sabia ser reagente para Hepatite B? <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Não Info	
		<input type="checkbox"/> Sim, sabia e NÃO trata <input type="checkbox"/> Sim, sabia e trata <input type="checkbox"/> Não realizou exame	
		Sabia ser reagente para Hepatite C? <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Não Info	
		<input type="checkbox"/> Sim, sabia e NÃO trata <input type="checkbox"/> Sim, sabia e trata <input type="checkbox"/> Não realizou exame	
33. Usuário foi encaminhado?			
<input type="checkbox"/> Não por que Resultado foi negativo para HIV e SÍFILIS		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para vacinação contra hepatite B	
<input type="checkbox"/> Não por que já esta em acompanhamento para HIV e/ou SÍFILIS		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite c	
<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realizar confirmatório de SÍFILIS -VDRL		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para consulta/tratamento de IST	
<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de tratamento de SÍFILIS		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de PEP	
<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para tratamento do HIV		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de PREP	
<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite B		<input type="checkbox"/> Sim, Outro-qual: _____ <input type="checkbox"/> Sem informação	
34. Nome da unidade e município para onde foi encaminhado(a)			