

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE PESSOAS COM HIV/AIDS NO ESTADO DE SÃO PAULO

(Atenção! Este formulário deverá ser digitado no link público destinado à investigação de óbitos de PVHA tão logo a tenha completado. Procure esclarecer todos os campos cuja informação inicial seja ignorada.

Em caso de dúvidas, contat

Dra. Simone Queiroz Rocha, através do telefone (11) 5083-8780 ou e-mail: squeiroz@crt.saude.sp.gov.br ou o Dr. Artur Kalichman através do telefone (11) 5087-9864 ou e-mail: artur@crt.saude.sp.gov.br

TRIAGEM

- Trata-se de óbito em pessoa com HIV/Aids? Sim Não
- Trata-se de óbito em infectado por transmissão vertical? Sim* Não IGN
- Trata-se de óbito por causa básica Aids? Sim* Não IGN
- Diagnóstico de HIV foi descoberto há menos de 1 ano do óbito? Sim* Não IGN

* estes casos são considerados prioridade para a investigação

Responsável pela investigação:

e-mail do investigador:

Responsável pela digitação:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome do falecido:
- Número do CPF
- Data de nascimento:
- Nome da mãe:
- Genitália ao nascer: Pênis Vagina Pênis e vagina Ignorado
- Raça/cor/etnia: Amarela Branca Indígena Parda Preta IGN
- Escolaridade: Analfabeto Alfabetizado sem estudo Fundamental incompleto
 Fundamental completo Médio incompleto Médio completo
 Superior incompleto Superior completo ou mais IGN
- Gênero: Homem Cis Homem Trans Mulher Cis Mulher Trans Não binário IGN
- Orientação sexual: Bissexual Heterossexual Homossexual IGN
- Residente no estado de São Paulo? Sim Não IGN
- 10.1. Se residente em São Paulo, em qual município?

DADOS DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

- Data exata ou aproximada do diagnóstico do HIV é conhecida? Sim Não
- 11.1. Data do diagnóstico do HIV:
- Local do diagnóstico: Amb. rede privada/conveniada Campanha extra-muros CTA
 Empresa Hospital Maternidade ONG PS ou UPA SAE
 UBS/PSF Unidade prisional Amb. público de especialidades (não infecto) IGN
- Sintomático no diagnóstico? Sim Não IGN
- Categoria de exposição: Sexual Trans. Vertical Uso de drogas injetáveis
 Transfusão de sangue e hemoderivados Ocupacional IGN
- Realizou seguimento? Sim Não IGN
- 15.1. Se sim, data de início do seguimento é conhecida ou estimada? Sim Não
- 15.1.1. Se sim, data de início do seguimento:

15.2. Último local de seguimento: () Rede conveniada () Rede privada () SAE () UBS
() Unidade prisional () IGN

15.3. Último município de seguimento:

15.4. Última situação quanto ao seguimento: () Abandono () Ativo () Faltoso () Transferido () IGN

15.4.1. Se abandono ou faltoso, serviço realizou alguma ação para melhorar a adesão ao seguimento?

() Sim () Não () Ignorado

16. Doença oportunista no ano que antecedeu o óbito? () Sim () Não () IGN

17. Diagnóstico prévio de tuberculose? () Sim () Não () IGN

17.1. Se TB prévia, último episódio diagnosticado há: () < 6 meses () 6 a 12 meses () > 12 meses () IGN

17.2. Se TB prévia, informe o status quanto ao último tratamento de TB:

() Regular, em curso () Irregular, em curso () Em abandono () Concluído () Ignorado

18. Apresentou comorbidades no ano que antecede o óbito: () Sim () Não () IGN

18.1. Lista de comorbidades

Cancer () Sim () Não () IGN

Diabetes () Sim () Não () IGN

Dislipidemia () Sim () Não () IGN

Doença endocrinológica outra () Sim () Não () IGN

Doença coronariana () Sim () Não () IGN

Doença cardíaca crônica outra () Sim () Não () IGN

Doença neurológica crônica () Sim () Não () IGN

DPOC () Sim () Não () IGN

Doença reumatológica () Sim () Não () IGN

Hepatite B () Sim () Não () IGN

Hepatite C () Sim () Não () IGN

Hepatopatia não viral () Sim () Não () IGN

Insuficiência hepática/cirrose () Sim () Não () IGN

Insuficiência renal crônica () Sim () Não () IGN

Hipertensão arterial () Sim () Não () IGN

Sofrimento mental () Sim () Não () IGN

Tabagismo () Sim () Não () IGN

Uso problemático de álcool () Sim () Não () IGN

Uso de drogas injetáveis () Sim () Não () IGN

Uso problemático de outras drogas () Sim () Não () IGN

19. Há relato de internação nos 2 anos que antecederam o óbito? () Sim () Não () IGN

EXAMES LABORATORIAIS RELACIONADOS À INFECÇÃO PELO HIV

20. Primeiro CD4 disponível? () Sim () Não

20.1. Se sim, valor do primeiro CD4:

24.2. Data do primeiro CD4:

21. CD4 antes do início da TARV disponível? () Sim () Não

21.1. Se sim, valor do CD4 antes do início da TARV:

25.2. Data do CD4 pré TARV:

22. Último CD4 antes do óbito disponível? () Sim () Não

22.1. Se sim, valor do CD4 antes do óbito:

26.2. Data do CD4 pré óbito:

23. Última carga viral antes do óbito disponível? () Sim () Não

23.1. Se sim, valor da última carga viral antes do óbito:

27.2. Data carga viral pré óbito:

DADOS RELACIONADOS À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

24. Fez uso de TARV? () Sim () Não () IGN
- 25.1. Data de início é conhecida ou pode ser estimada? () Sim () Não
- 25.1.1. Data do início da TARV:
- 25.2. Estava em uso do primeiro esquema ARV () Sim () Não () IGN
- 25.3. Estava em falha ao último esquema ARV em uso? () Sim () Não () IGN
- 25.3.1. Pessoa localizada no relatório de "falha virológica" do SIMC?
- () Sim, antes do óbito () Sim, após o óbito () Não, apesar do serviço utilizar o SIMC
- () Não, mas o SIMC não é utilizado no serviço () IGN
- 25.3.2. Genotipagem realizada durante o último esquema em uso?
- () Sim, com resistência detectada () Sim, sem resistência detectada
- () Não, não foi realizada () IGN
- 25.4. Apresentou falha virológica a esquemas ANTERIORES? () Sim, com resistência detectada em genotipagem
- () Sim, sem resistência detectada em genotipagem () Sim, mas não realizou genotipagem
- () Não, nunca falhou () IGN
- 25.5. Há relato de abandono de tratamento no último ano? () Sim () Não () IGN
- 25.5.1. Se sim, a pessoa foi localizada no relatório de "abandono de tratamento" do SIMC?
- () Sim, antes do óbito () Sim, após o óbito () Não, apesar do serviço utilizar o SIMC
- () Não, mas o SIMC não é utilizado no serviço () IGN
- 25.5.2. Se não, adesão irregular no último ano? () Sim () Não () IGN
- 25.6. O serviço realizou alguma ação p/ melhorar a adesão à TARV? () Sim () Não () IGN
- 25.7. História de evento adverso? () Sim () Não () IGN

SE NÃO INICIOU TARV

- 26.1. Pessoa foi localizada no relatório de "gap de tratamento" do SIMC?
- () Sim, antes do óbito () Sim, depois do óbito () Não, apesar do uso do SIMC pelo serviço
- () Não, mas SIMC não é utilizado na serviço () IGN
- 26.2. Por que motivo a TARV não foi iniciada? () Não passou em consulta médica
- () TARV não ofertada pelo médico () Investigação de TB () Investigando outra patologia
- () Recusou o início de TARV () Outro motivo () IGN
- 26.3. Foi realizada alguma ação visando o início da TARV? () Sim () Não () IGN

DADOS DO ATESTADO DE ÓBITO

27. Data do óbito:
28. Idade no óbito:
29. Sobrevida pós diagnóstico: (calc.aut)
30. Município de ocorrência do óbito:
31. Tipo de local do óbito: () Hospital/Serviço de saúde () Domicílio () Unidade prisional não hospitalar
- () Via pública () Outro () IGN
32. Número da Declaração de Óbito:
33. Descritivo Parte 1 - Linha a:
- 33.1. CID10 Parte 1 - Linha a:
34. Descritivo Parte 1 - Linha b:
- 34.1. CID10 Parte 1 - Linha b:

35. Descritivo Parte 1 - Linha c:

35.1. CID10 Parte 1 - Linha c:

36. Descritivo Parte 1 - Linha d:

36.1. CID10 Parte 1 - Linha d:

37. Descritivo Parte 2 - Linha a:

37.1. CID10 Parte 2 - Linha a:

38. Descritivo Parte 2 - Linha b:

38.1. CID10 Parte 2 - Linha b:

CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO

39. Reclassificação do óbito (assinale apenas uma, sendo esta a causa básica do óbito):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aids - infecção | <input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar primária |
| <input type="checkbox"/> Aids - neoplasia | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Aids - infecção e neoplasia | <input type="checkbox"/> DPOC |
| <input type="checkbox"/> Aids (condição não esclarecida) | <input type="checkbox"/> Doença respiratória outra |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B com câncer hepático | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal |
| <input type="checkbox"/> Hepatite C com câncer hepático | <input type="checkbox"/> Doença urogenital outra |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B com insuficiência hepática ou cirrose | <input type="checkbox"/> Hemorragia gastro-intestinal |
| <input type="checkbox"/> Hepatite C com insuficiência hepática ou cirrose | <input type="checkbox"/> Doença do sistema digestivo outra |
| <input type="checkbox"/> Hepatite de etiologia não esclarecida | <input type="checkbox"/> Intoxicação aguda por álcool e drogas |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática por outra causa | <input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica outra |
| <input type="checkbox"/> Malignidade não relacionada ao HIV | <input type="checkbox"/> Suicídio |
| <input type="checkbox"/> Infecção bacteriana (não Aids) | <input type="checkbox"/> Acidente |
| <input type="checkbox"/> Infecção não bacteriana (não Aids) | <input type="checkbox"/> Outra causa violenta |
| <input type="checkbox"/> Acidose láctica | <input type="checkbox"/> Doença reumatológica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Doença de pele |
| <input type="checkbox"/> Pancreatite | <input type="checkbox"/> Doença do aparelho locomotor |
| <input type="checkbox"/> Doença endocrinológica outra | <input type="checkbox"/> Complicação obstétrica |
| <input type="checkbox"/> IAM | <input type="checkbox"/> Desordem congênita |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Causa inclassificável |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca ou vascular outra | <input type="checkbox"/> Outra causa não relacionada (vide 39.1) |
| <input type="checkbox"/> Doença neurológica outra | <input type="checkbox"/> Ignorada |

39.1. Se outra causa não relacionada, qual: _____

40. Identifica algum fator que possa ter contribuído para o óbito?

Sim Não

40.1. Se sim, que fatores que podem ter contribuído para o óbito:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acesso deficiente a especialistas | <input type="checkbox"/> Acesso deficiente a recursos/equipamentos diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de acesso a tratamento NÃO ANTIRRETROVIRAL | |
| <input type="checkbox"/> Acesso deficiente à hospitalização | <input type="checkbox"/> Vinculação tardia <input type="checkbox"/> Início tardio da TARV |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico tardio | <input type="checkbox"/> Retenção deficiente ao serviço <input type="checkbox"/> Má adesão à TARV |

41. Considera o óbito evitável? Sim Não Tenho dúvidas

42. Outras informações: