

FICHA DE ATENDIMENTO (versão 2018)		Fique Sabendo	
1. Identificação da Unidade		2. Data: ____/____/____	
3. Nome da Unidade:		4. Nome profissional/rubrica:	
5. Certificação: 6. Nome social: _____		CNS (opcional): _____	
8. Nome:			
7. Nome da mãe:			
9. Sexo ao nascer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		10. É Travesti <input type="checkbox"/> 11. É Transexual <input type="checkbox"/> 12. Gestante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
12. Raça/Cor (auto-declarada): <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena			
13. Data de nascimento: ____/____/____		14. Idade: ____	
Local de residência		15. Município: _____ [se estrangeiro]	
16. Estado:		17. País:	
Permissão de contato para ações de vinculação			
19. 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: _____		20. Assinatura do usuário:	
<input type="checkbox"/> Sim visita ou por correio, endereço: (no verso)			
21. Situação Conjugal:		22. Escolaridade (anos concluídos):	
<input type="checkbox"/> Casado(a)/União estável <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> de 3 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	
23. É a primeira vez que faz um teste de HIV na vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		25. Se já fez teste de HIV antes qual foi o resultado:	
24. 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	
26. Tipo de parceria(a) sex. (últ. 12 m):		27. 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		28. 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		29. Já teve Sífilis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
30. Tipo de exposição (resposta múltipla)			
<input type="checkbox"/> Rompimento do 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 sob efeito de álcool <input type="checkbox"/> Transmissão vertical			
<input type="checkbox"/> Relação sexual sem camisinha sob efeito de drogas 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:			
31. Reporte 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 INJETÁVEIS (inclui anabolizantes, hormônios)			
<input type="checkbox"/> Troca/recou sexo por dinheiro/droga/benefícios <input type="checkbox"/> Outro:			
32. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) FIXO(a):		33. 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	
34. Exame		35. Resultado	
a) HIV <input type="checkbox"/> Convencional		a) <input type="checkbox"/> Reagente	
<input type="checkbox"/> Rápido/Eligam		<input type="checkbox"/> NÃO reagente	
<input type="checkbox"/> Realizado diagnóstico (com laudo)		<input type="checkbox"/> Discordante	
<input type="checkbox"/> Não Realizado		<input type="checkbox"/> Indeterminado	
b) S ífilis <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Não realizado		b) <input type="checkbox"/> Reagente	
		VDRL:	
		<input type="checkbox"/> NÃO reagente	
		<input type="checkbox"/> Reagente VDRL:	
		<input type="checkbox"/> NÃO reagente	
		Trepônêmico:	
		<input type="checkbox"/> Reag <input type="checkbox"/> Não Reag	
c) S ífilis <input type="checkbox"/> Conv <input type="checkbox"/> Não realizado		36. 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 de sífilis ainda não 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"/> Não sabia	
		<input type="checkbox"/> Não realizou exame de sífilis <input type="checkbox"/> Não informado	
		37. Usuário foi encaminhado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informação	
<input type="checkbox"/> Não por que Resultado foi negativo para HIV e SÍFILIS		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de tratamento de SÍFILIS	
<input type="checkbox"/> Não por que já está em acompanhamento para HIV e/ou SÍFILIS		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para tratamento do HIV	
<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de confirmatório de SÍFILIS		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para consulta/tratamento de IST	
<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de PEP		<input type="checkbox"/> Sim, encaminhado para realização de PREP	
<input type="checkbox"/> Sim, Curioso			
38. Nome da unidade e município para onde foi encaminhado(a)			