

FICHA INDIVIDUAL PARA EXAME SOROLÓGICO - HIV

DADOS GERAIS		PRÉ-NATAL		DIAGNÓSTICO		PROGRAMA FIQUE SABENDO
	1	Município de Notificação				Código (IBGE)
	2	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código

DADOS DO CASO	3	Agravos					HIV	
	4	Nome do Paciente						
	5	Idade	6	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	7	Data Nascimento	/ /
	8	Nome da mãe						

DADOS DA RESIDÊNCIA	9	Logradouro (rua, avenida, etc.)				10	Número
	11	Complemento (aptº, casa, etc.)		12	Bairro	13	Ponto de referência
	14	Município de residência			Código (IBGE)		Distrito
	15	Telefone	16	Zona	<input type="checkbox"/>	17	País (se reside fora do Brasil)

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

EXPOSIÇÃO	19	1 - Homossexual masculino 2 - Bissexual masculino 3 - Heterossexual 4 - Não se aplica 9 - Ignorado					<input type="checkbox"/>
	20	Se heterossexual 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					<input type="checkbox"/>
		Se procedente, assinalar os itens abaixo:					
		<input type="checkbox"/> 1 - Com parceiro(a) bissexual;	<input type="checkbox"/> 4 - Com parceiro(a) transfundido(a);	<input type="checkbox"/> 7 - Com parceiro(a) HIV+/AIDS.			
	21	Usuário de drogas endovenosas		<input type="checkbox"/>	22	Hemofílico	<input type="checkbox"/>
		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			
23	História de transfusão de sangue a partir de 1980			<input type="checkbox"/>	24	Sorologia para HIV anteriormente	
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizou 5-Ignorado			<input type="checkbox"/>		
25	Relação sexual:		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			26	Mãe HIV + (não se enquadra em exposição à situação de risco/decisão conhecer seu estado sorológico).
	<input type="checkbox"/> Sem camisinha	<input type="checkbox"/> Rompimento da camisinha na relação sexual					<input type="checkbox"/>

HISTÓRIA CLÍNICA	27	Tem sintomas de HIV/AIDS					<input type="checkbox"/>
		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
		Se sim, marcar quais:					
		<input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a um mês;	<input type="checkbox"/> Herpes simples (muco-cutâneo, maior que um mês - esôfago brônquicos, pulmão);				
		<input type="checkbox"/> Coqueluche ou perda de peso maior que 10%;	<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar;				
		<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose);	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral;				
		<input type="checkbox"/> Candidíase (esôfago, traqueia, brônquicos, pulmão);	<input type="checkbox"/> Diarreia maior ou igual a um mês;				
		<input type="checkbox"/> Outros: _____					

MOTIVO DO TESTE	28	Motivo da realização do Teste:				
	<input type="checkbox"/> Decisão pessoal		<input type="checkbox"/> Solicitação médica			

SOLICITANTE	29	Município / Unidade de Saúde			30	Código da Unidade de Saúde
	31	Nome	32	Função	33	Assinatura