REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Mod. SIS H02

Ficha Resumo

Data Abertura da Ficha: ___/___/___

NID (Código da US / Anual / Individual): ____________/____/____

LIVROS: Pré-TARV: ____ Pág: ___ Linha: ____ TARV: ____ Pág: ___ Linha: ____

Província: ____________________ Distrito: ______________ Unidade Sanitária: ________________

Nome completo: ____ Nº de B.I.______________

Sexo: ____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____________ Tel. Cel (1) ________________

Profissão: ______________ Nível de Escolaridade: ________________ Tel. Cel (2) ________________

MORADA - Distrito / Cidade: ____________________ Localidade / Bairro: __________________ Célula / Quarteirão: ______

Avenida / Rua / Casa: ____________________________ Perto de ______________________________

CONFIDENTE - Tel. Cel (1) ________________

Nome e Parentesco: ______________________________________ Tel. Cel (1) ________________

MORADA - Distrito / Cidade: ________________ Localidade / Bairro: __________ Célula / Quarteirão: ________

Avenida / Rua / Casa: ____________________________ Perto de ______________________________

Situação da família

Nome / Parentesco	Idade	Teste HIV (P/N/D)	Cuidados HIV (S/N)	Em CCR (S/N/A)	NID
		P N D	S N	S N A	
		P N D	S N	S N A	
		P N D	S N	S N A	

Situação da família

Nome / Parentesco	Idade	Teste HIV (P/N/D)	Cuidados HIV (S/N)	Em CCR (S/N/A)	NID
		P N D	S N	S N A	
		P N D	S N	S N A	
		P N D	S N	S N A	

Data	Cuidados de HIV
___/___/___	Teste HIV+: ☐ TR ☐ PCR Unidade Sanitária __________________ ☐ ATSC
___/___/___	☐ Diagnóstico presuntivo em crianças < 18 meses
___/___/___	Início Pré-TARV - U. Sanitária ____________ Sector: ☐ TB ☐ SAAJ ☐ CPN/G ☐ CCR/L ☐ Clínica

☐ Transferido de outra US ____/___/____ Unidade Sanitária ________________ ☐ Em Pré-TARV ☐ TARV

Alergias a medicamentos	Data	Condições médicas importantes		
	___/___/___	☐ Hepatite ___/___/___	☐ TB ___/___/___	☐ Criptococose ___/___/___
	___/___/___	☐ Diabetes ___/___/___	☐ HTA ___/___/___	☐ S. Kaposi ___/___/___
	___/___/___	☐ Outras (Especifique / Data)		
	___/___/___			

Último CD4 (Valor / Data) __________ ____/___/___ Última Profilaxia Isoniazida (Data de início) ____/___/____

Última Carga viral (Valor / Data) __________ ____/___/___ Última Profilaxia Isoniazida (Data de fim) ____/___/____

ARVs tomados anteriormente, antes do TARV actual ☐ SIM ☐ NÃO

Se SIM:	Data	Onde?	ARVs
☐ PTV ☐ PPE	___/___/___		
☐ Outros, especifique	___/___/___		

1ª Linha

No início do TARV - TARV - Coorte (Mês / Ano) ______________/________

Data	
___/___/___	Regime ARV inicial de 1ª linha ______________________
	Unidade Sanitária ______________________
No início TARV	Gravidez: ☐ Sim ☐ Não Lactante: ☐ Sim ☐ Não
	Estado de OMS ______ CD4 (Nº / %) ______

Alternativas à 1ª linha

Data	Novo Regime	Motivo
___/___/___	Novo Regime ________________	Motivo ____________
___/___/___	Novo Regime ________________	Motivo ____________
___/___/___	Novo Regime ________________	Motivo ____________

2ª Linha

Mudança para a 2ª linha (ou substituição dentro da 2ª linha)

Data	Novo Regime	Motivo
___/___/___	Novo Regime ________________	Motivo ____________
___/___/___	Novo Regime ________________	Motivo ____________

3ª Linha

Mudança para a 3ª linha

Data	Novo Regime	Motivo
___/___/___	Novo Regime ________________	Motivo ____________

Mudanças no Estado de Permanência TARV

Suspensões ou Abandonos	☐ Suspensão ☐ Abandono	☐ Suspensão ☐ Abandono	☐ Suspensão ☐ Abandono	☐ Suspensão ☐ Abandono
Data				
Motivo				
☐ Reinício - Data				

	Data	
☐ Transferido para	___/___/___	Unidade Sanitária ______________________
☐ Óbito	___/___/___	

Ficha APSS e PP

1 NID - ______________________________/______/______ Livro APSS e PP _____ Pág. ____ Linha ____
Nome ____ Sexo - ☐ M ☐ F Idade ____

2 População Chave: ☐ HSH ☐ PID ☐ REC ☐ MTS ☐ Outro:______
População Vulnerável (Especifique) ______________________

Nº	Item												
3	Consultas (Datas) Actual →	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
	Próxima →	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
4	ESTADO DA REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO à Criança / Adolescente? Não / Parcial / Total (N/P/T)	N P T	N P T	N P T	N P T	N P T	N P T	N P T	N P T	N P T	N P T	N P T	N P T
5	ACONSELHAMENTO PRÉ-TARV: Educação básica sobre HIV (Prevenção, Transmissão, Progressão da doença e Adesão (Preparação, Necessidade de adesão, Plano de Tratamento) (S / N)	S N	S N	S N	Comentários:								
6	FACTORES PSICO-SSOCIAIS que afectam a adesão (A / B / C / D / E / F...Q / outro): A Recusa resultado positivo / I Dificuldade para revelar a parceiro/ família	A I	A I	A I	A I	A I	A I	A I	A I	A I	A I	A I	A I
	B Sente-se doente demais / J Toxicidade / Medo de efeitos secundários	B J	B J	B J	B J	B J	B J	B J	B J	B J	B J	B J	B J
	C Não acredita no TARV / L Perdeu / Esqueceu / Partilhou comprimidos	C L	C L	C L	C L	C L	C L	C L	C L	C L	C L	C L	C L
	D São muitos comprimidos / M Estigma / Descriminação	D M	D M	D M	D M	D M	D M	D M	D M	D M	D M	D M	D M
	E Sente-se melhor / N Problemas de transporte	E N	E N	E N	E N	E N	E N	E N	E N	E N	E N	E N	E N
	F Falta de alimentação / O Violência baseada no género	F O	F O	F O	F O	F O	F O	F O	F O	F O	F O	F O	F O
	G Falta de apoio familiar / P Aspectos culturais ou tradicionais	G P	G P	G P	G P	G P	G P	G P	G P	G P	G P	G P	G P
	H Depressão / ansiedade / Q Uso abusivo de álcool ou drogas	H Q	H Q	H Q	H Q	H Q	H Q	H Q	H Q	H Q	H Q	H Q	H Q
	Outro - Especifique:												
7	PREVENÇÃO POSITIVA: PP1 Comportamento sexual - sexo seguro e oferta de preservativos (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	PP2 Revelação do seroestado a parceiro / a e convite para testagem (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	PP3 Importância da adesão aos cuidados Pré-TARV e TARV (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	PP4 Infecções de Transmissão Sexual (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	PP5 Planeamento Familiar, Gravidez Segura e PTV (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	PP6 Consumo de álcool e outras drogas (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	PP7 Necessidades de apoio comunitário (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
8	POPULAÇÕES CHAVE - oferta de lubrificantes (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
9	SEGUIMENTO DA ADESÃO (APÓS O INÍCIO TARV): Informou alguém sobre o seu seroestado? S / N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	(Parentesco)												
	Se criança, adolescente, Idoso, se tem deficiência física ou mental- Quem administra os ARVs? (Nome / Próprio)												
	(Parentesco)												
	PLANO DE ADESÃO - Horário; Esquecimento da dose; Viagem - (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	EFEITOS SECUNDÁRIOS - O que pode ocorrer; Como manejar efeitos secundários - (S / N)	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
	ADESÃO ao TARV- Boa, Risco, Má, Dias de atraso na toma ARVs? (B/R/M- No. dias)												
10	MOTIVO da consulta - Normal / Faltoso / Abandono (N / F / A)	N F A	N F A	N F A	N F A	N F A	N F A	N F A	N F A	N F A	N F A	N F A	N F A
11	GRUPOS DE APOIO Início / Continua / Fim (Código - I / C / F): CR Crianças Reveladas; AR Adolescentes revelados; PC Pais e cuidadores; MPM Mãe para Mãe; Outro, especifique o grupo												
12	Modelos Diferenciados de Cuidados (MDC) Início / Continua / Fim (Código - I / C / F): GA GAAC; FR Fluxo rápido; AF Abordagem familiar; DT Dispensa Trimestral; CA Clube de adesão; DC Dispensa Comunitária; PU Paragem Única; DS Dispensa Semestral												

13 Está preparado para iniciar o TARV
Data _____/_____/_____
Assinatura provedor ____________________

14	TERMOS de CONSENTIMENTO	Assinaturas	Datas
	O paciente / cuidador concorda em ser contactado, se necessário? ☐ Não ☐ SIm Contacto: ☐ Telefone ☐ SMS ☐ Domiciliar		___/___/___
	O confidente concorda em ser contactado, se necessário? ☐ Não ☐ SIm Contacto: ☐ Telefone ☐ SMS ☐ Domiciliar		___/___/___