FUNED
Fundação
Ezequiel Dias

FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO OCTÁVIO MAGALHÃES / DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS
SERVIÇO DE VIROLOGIA

FICHA INDIVIDUAL PARA EXAME SOROLÓGICO - HIV

IOM
INSTITUTO OCTÁVIO MAGALHÃES

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 PACIENTE

3	Agravo **HIV**					Data Coleta da Amostra ___/___/___	
4	Nome do Paciente						
5	Idade	6	Sexo	M – Masculino F – Feminino I – Ignorado	7	Data Nascimento ___/___/___	Documento de identificação tipo/nº
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 ☐ (1 – Urbana 2 – Rural 3 – Urbana/Rural 4 – Ignorado)	17	País (se reside fora do Brasil)

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

EXPOSIÇÃO

18 – 1 – Homossexual 2 – Bissexual 3 – Heterossexual 4 – Não se aplica 9 – Ignorado ☐

19 – 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

Assinalar os itens abaixo:

- ☐ 1 – Com parceiro(a) bissexual;
- ☐ 2 – Com parceiro(a) usuário(a) de droga EV;
- ☐ 3 – Com múltipios(as) parceiros(as);
- ☐ 4 – Com parceiro(a) transfundido(a);
- ☐ 5 – com parceiro(a) hemofílico(a);
- ☐ 6 – Com parceiro(a) com múltiplos parceiros;
- ☐ 7 – Com parceiro(a) HIV+/AIDS.

20 – Usuário de drogas endovenosas ☐ 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

21 – Hemofílico ☐ 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

22 – História de transfusão de sangue a partir de 1980 ☐ 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

23 – Sorologia para HIV anteriormente ☐ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizou 5-Ignorado

24 – Relação sexual: 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO
Sem camisinha ☐ Rompimento da camisinha na relação sexual ☐

25 – 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO
Mãe HIV + (não se enquadra em exposição à situação de risco/deseja conhecer seu estado sorológico). ☐

HISTÓRIA CLÍNICA

26 – Tem sintomas de HIV/Aids ☐
1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

Se sim, marcar quais:

- ☐ Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a um mês;
- ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10%;
- ☐ Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose);
- ☐ Candidíase (esôfago, traquéia, brônquios, pulmão);
- ☐ Herpes simples (muco-cutâneo, maior que um mês – esôfago brônquios, pulmão);
- ☐ Tuberculose pulmonar;
- ☐ Toxoplasmose cerebral;
- ☐ Diarréia maior ou igual a um mês;
- ☐ Outros:_____

MOTIVO DO TESTE

27 – Motivo da realização do Teste:

☐ Decisão pessoal ☐ Solicitação médica

SOLICITANTE

28	Município / Unidade de Saúde			29	Código da Unidade de Saúde
30	Nome	31	Função	32	Assinatura/carimbo