FICHA DE SEGUIMENTO DE HIV PARA ADULTOS

Nome: _____ Idade:_____ Sexo:____

Transferido de outra Unidade Sanitária? Sim ☐ Não ☐ Data de Nascimento: ____/____/____

Preenche o nº do Livro, Página, e Linha onde o doente foi registado no Livro de Registo Pré-TARV depois da inscrição, e no Livro de Registo TARV depois do início TARV

NID: _____

Nº do Livro Pré-TARV: _____ Pag:_____ Linha:_____

Nº do Livro TARV: _____ Pag:_____ Linha:_____

	Datas das Consultas (d-m-a)									
	Altura: _____(M) **Peso** (kg)									
	Índice de Massa Corporal (IMC): (kg/m^2)									
	Apoio Nutricional (ANUT)									
	Temperatura (°C)									
	Tensão Arterial (TA)									
	Gravidez - DUM:____/____/____; DPP:____/____/____ **PTV ou TARV?**									
LABORATÓRIO	**Data de Processamento do CD4** (d-m-a)									
	CD4 (/µL) **/ CD4** (%)									
	Carga Viral (CV)									
	G. Brancos (GB)									
	Neutrófilos (N) (/mm^3 e %)									
	Linfócitos (L) (/mm^3 e %)									
	Hemoglobina (Hgb) (g/dL)									
	Provas hepáticas - ALT / AST (U/L)									
	Glicémia (GL) (g/dL)									
	Ureia (UR) (mg/dL) **/ Creatinina** (CR) (mmol/L)									
	Outros (Amilase, Teste de gravidez, Urina II, Plaquetas, etc.)									
	ESTÁDIO DA OMS (I, II, III, IV)									
	Outros Diagnósticos									
Infecções Oportunistas	**Rastreio de ITS** (Tem sintomas sugestivos para ITS)?	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Rastreio de TB (Tem sintomas sugestivos para TB)?	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Resultado da Investigação para TB de BK e/ou RX? (POS/NEG)	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG
	Tratamento de TB (veja Cartão de TB) Data de Início:_____; Data de Fim:_____	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Profilaxia com Cotrimoxazol - TPC Data de Início:_____; Data de Fim:_____	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Profilaxia com INH - TPI Data de Início:_____; Data de Fim:_____	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Aconselhado para Adesão aos Cuidados	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
TARV	**Para Cada Esquema ARV:** Início (I) / Continuação (C) / Continuação com Intolerância (CI) / Reinício (R); Interrompeu por: Efeitos Sec. (ES) / Não Aderente (NA) / Iniciativa do Doente (PAC) / Outras (discriminar); Mudança de Regime: Tuberculose (TB) / Gravidez (GR) / Falência Terapêutica (FT); Anemia (A); Outros (discriminar) **Data de Elegibilidade para iniciar o TARV:** _____ **; Data de Início de TARV:**_____ **; Data de Reinício de TARV:**_____									
	Medicamentos ARVs:									
	Efeitos Secundários do Tratamento (Ver códigos abaixo)									
	Aderente ao TARV:	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	DATA DE PRÓXIMA CONSULTA:									
	DATA DE PRÓXIMO CONTROLO DE CD4									
	REFERIDO PARA outro sector clínico: (TB, PTV, Apoio Psicossocial - AP, Planeamento familiar - PF, Internamento - I; etc.)									
	REFERIDO PARA serviços comunitários: (Cuidados Domiciliários (CD), Grupos de Apoio (GA), etc.)									
	Saídas - **S**uspenso ao TARV (**S**); **T**ransferido para (**T**); **A**bandono (**A**); **Ó**bito (**O**)									

PREENCHIMENTO DA FICHA:

Negativo: escrever "NEG" no quadrado; Positivo: escrever "POS" no quadro; Não Aplicável: escrever "N/A" no quadro; Pedido: escrever "PED" no quadro

Efeitos Secundários: Anemia - A; Neutropenia - N; Pancreatite - P / Hepatotoxicidade - H; Alterações psicológicas - AP; Neuropatia periférica - NP; Miopatia - M; Alergias cutâneas - AC (discriminar); Lipodistrofia - L; Acidose Láctica - AcL; Diarreia - D; Outros: (discriminar) TGD, GLIC, CREAT, etc.