



FICHA DE SEGUIMENTO DE HIV PARA CRIANÇAS

Nome: _____ Sexo: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Transferida de outra US? Sim Não

PCR-DNA: NEG / POS / IND - 1º Resultado - ____ (Data: ____ / ____ / ____); 2º Resultado - ____ (Data: ____ / ____ / ____);

Resultado de Teste Rápido de HIV - NEG / POS / IND: ____ (Data: ____ / ____ / ____)

Preencha o n.º do Livro, Página, e Linha onde o paciente 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)											
Idade anos / meses											
Peso (kg)											
Estatura (cm)											
Peso / Estatura (DP) ou IMC (kg/m ²) para idade											
Suplementação / Tratamento Nutricional (ATPU/CSB)		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Desenvolvimento Psico-Motor Adequado para a idade?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
LABORATÓRIO	Data de Processamento do CD4 (d-m-a)										
	CD4 (µL) / CD4 (%)										
	Carga Viral (CV)(cópias/mL)										
	G. Brancos (GB)										
	Neutrófilos (N) (/mm ³ e %)										
	Linfócitos (L) (/mm ³ e %)										
	Hemoglobina (Hgb) (g/dL)										
	Provas hepáticas - ALT / AST (U/L)										
	Ureia (UR) (mg/dL) / Creatinina (CR) (mmol/L)										
	Outros (Proteína, Albumina, Urina II, Amilase, Plaquetas, etc.)										
ESTÁDIO DA OMS (I, II, III, IV)											
Outros Diagnósticos											
Infecções Oportunistas	Rastreio de TB (tem sintomas sugestivos de TB?)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	Resultado do BK (POS/NEG)	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	
	Tratamento de TB (veja Cartão de TB) Data de Início: _____; Data de Fim: _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Profilaxia com Cotrimoxazol - TPC Data de Início: _____; Data de Fim: _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Profilaxia com INH - TPI Data de Início: _____; Data de Fim: _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Recebeu Educação para Adesão aos Cuidados:		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
TARV	Para Cada Esquema ARV: Início (I) / Continuação (C) / Continuação com Intolerância (CI) / Reinício de TARV (R); Interrompeu por: Efeitos Sec. (ES) / Não Aderente (NA) / Iniciativa do Doente (PAC) / Outras (discriminar); Mudança de Regime: Tuberculose (TB) / 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 de TARV/GRAU (Ver códigos abaixo)											
Aderente ao TARV		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
DATA DE PRÓXIMA CONSULTA:											
DATA DE PRÓXIMO CONTROLO DE CD4											
REFERIDO PARA outro sector clínico: (TB, Apoio Psicossocial, SMI, PAV, SAAU, etc.)											
REFERIDO PARA serviços comunitários: (Cuidados Domiciliários-CD, Grupos de Apoio-GA, etc.)											
Saídas - Suspendido TARV (S); Transferido para (T); Abandono (A); Óbito (O)											

PREENCHIMENTO DA FICHA:

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

Efeitos Secundários: RC - Reações cutâneas (discriminar); P - Pancreatite; H - Hepatotoxicidade; Psic - Alterações psic.; NP - Neuropatia periférica; M - Miopatia; A - Anemia; N - Neutropenia; L - Lipodistrofia; AcL - Acidose Láctica; D - Diarreia