

**Serviço de Virologia**  
**FICHA INDIVIDUAL PARA EXAME SOROLÓGICO - HIV**

<b>DADOS GERAIS</b>	<b>PRÉ-NATAL</b>		<b>DIAGNÓSTICO</b>		<b>PROGRAMA FIQUE SABENDO</b>			
	1	Município de Notificação				Código (IBGE)		
	2	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		
<b>DADOS DO PACIENTE</b>	3	<b>HIV</b>				Data Coleta da Amostra ____/____/____		
	4	Nome do Paciente						
	5	Idade	6	Sexo	M – Masculino F – Feminino I – Ignorado	7	Data Nascimento ____/____/____	
	8	Nome da mãe						
<b>DADOS DA RESIDÊNCIA</b>	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)
<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>								
<b>EXPOSIÇÃO</b>	18	1 – Homossexual 2 – Bissexual 3 – Heterossexual 4 – Não se aplica 9 – Ignorado <input type="checkbox"/>						
	19	1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO Assinalar os itens abaixo: <input type="checkbox"/> 1 – Com parceiro(a) bissexual; <input type="checkbox"/> 4 – Com parceiro(a) transfundido(a); <input type="checkbox"/> 2 – Com parceiro(a) usuário(a) de droga EV; <input type="checkbox"/> 5 – com parceiro(a) hemofílico(a); <input type="checkbox"/> 7 – Com parceiro(a) HIV+/AIDS. <input type="checkbox"/> 3 – Com múltiplos(as) parceiros(as); <input type="checkbox"/> 6 – Com parceiro(a) com múltiplos parceiros;						
	20	Usuário de drogas endovenosas <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO			21	Hemofílico <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO		
	22	História de transfusão de sangue a partir de 1980 <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO			23	Sorologia para HIV anteriormente 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4-Não realizou 5-Ignorado		
	24	Relação sexual: Sem camisinha <input type="checkbox"/> Rompimento da camisinha na relação sexual <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO			25	Mãe HIV + (não se enquadra em exposição à situação de risco/deseja conhecer seu estado sorológico). <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO		
	<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b>	26	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 brônquios, pulmão); <input type="checkbox"/> Caquexia 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, traquéia, brônquios, pulmão); <input type="checkbox"/> Diarréia maior ou igual a um mês; <input type="checkbox"/> Outros: _____					
27		Motivo da realização do Teste: <input type="checkbox"/> Decisão pessoal <input type="checkbox"/> Solicitação médica						
<b>SOLICITANTE</b>	28	Município / Unidade de Saúde				29	Código da Unidade de Saúde	
	30	Nome		31	Função		32	Assinatura/carimbo