



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: ____ / ____ / ____)

Preencha o nº 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 inicio TARV

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

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

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

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							
Desenvolvimento Psico-Motor Adequado para a idade?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N							
L A B O R T Ó R I O	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									
Infeções Oportunistas	Rastreio de TB (tem sintomas sugestivos de TB?)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N							
	Resultado do BK (POS/NEG)	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG							
	Tratamento de TB (veja Cartão de TB)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N							
	Data de Início: _____ ; Data de Fim: _____								
	Profilaxia com Cotrimoxazol - TPC	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N							
	Data de Início: _____ ; Data de Fim: _____								
Profilaxia com INH - TPI	<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 Início: _____ ; Data de Fim: _____									
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		
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	
DATA DE PRÓXIMA CONSULTA:									
DATA DE PRÓXIMO CONTROLO DE CD4									
REFERIDO PARA outro sector clínico: (TB, Apoio Psicosocial, SMI, PAV, SAAJ, etc.)									
REFERIDO PARA serviços comunitários: (Cuidados Domiciliários-CD, Grupos de Apoio-GA, etc.)									
Saídas - Suspenso TARV (S); Transferido para (T); Abandono (A); Óbito (O)									

PREENCHIMENTO DA FICHA:

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

Efeitos Secundários: RC - Reacções 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