

Data:

		/			/				
DD			MM			AAAA			

ID Participante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORMULÁRIO DA CONSULTA - FOLLOW-UP

Este formulário está incluído no **estudo ATAR-VIH**, no qual aceitou colaborar. Pedimos-lhe que o preencha de forma mais legível possível. O formulário demorará cerca de 5 minutos a preencher.

Nota: Não escrever nas caixas sombreadas (caixas cinzentas).

AGRADECEMOS DESDE JÁ A SUA COLABORAÇÃO.

1. Sintomatologia SIDA? Sim Não

1.a) Se sim, indique qual ou quais: _____

--	--

2. Co-infecções?

Pneumocystis jirovecii

Toxoplasma gondii

Citomegalovírus

Mycobacterium tuberculosis complex

Mycobacterium avium/intracelulare complex (MAC)

Meningite criptocócica

Herpes simplex

Outras. Quais? _____

Sem co-infecções

--	--

3. Co-morbilidades?(assinale com X)

Hipertensão Arterial

Asma

DPOC

Depressão

Toxicodependência activa

Toxicodependência sob Metadona

VHC com CV detectável

VHB com replicação viral activa

Está a ser Medicada?

Está a ser Medicada ?

Insuficiência renal (creatinina <120 ml/min)

Insuficiência hepática

Diabetes mellitus

Dislipidemia

Outras. Quais? _____

Sem co-morbilidades

--	--

4. Qual o estadio CDC?

A1 B1 C1

A2 B2 C2

A3 B3 C3

5. O participante apresenta Efeitos Adversos à TAR? Sim Não Não verifiquei

5. a) Se sim, que efeitos adversos?

1ª vez que apresenta?

Efeito adverso: _____

 Sim Não

Medicamento: _____

 Sim Não

Efeito adverso: _____

 Sim Não

Medicamento: _____

 Sim Não

6. Como avalia a adesão do participante à TAR?

Aderente (= 95%)

Parcialmente aderente (= 50% e < 95%). Motivo: _____

Não-aderente (< 50%). Motivo: _____

Abandonou terapêutica. Motivo: _____

Não avaliei nesta consulta

 Sim Não

 Sim Não

 Sim Não

7. Fez alguma recomendação ao doente sobre à TAR? Sim Não

7. a) Se sim, foi no sentido de reforçar a adesão à TAR? Sim Não

8. Vai mudar de regime terapêutico anti-retrovírico? Sim Não

8. a) Se sim, quais os motivos que o levaram a mudar:

Toxicidade. Qual? _____

 Sim Não

Falência virológica

Simplificação do regime

Interrupção estruturada

Abandono / não-adesão à terapêutica

Outro motivo. Qual? _____

 Sim Não

8. b) Porque escolheu este regime? (assinale com X - mais do que uma opção possível)

Regime com boa tolerabilidade (melhor adesão expectável)

Regime adequado face aos efeitos adversos que o indivíduo desenvolveu

Regime com toma mais simples / mais fácil (melhor adesão expectável)

Regime que mais se adequa ao estilo de vida do indivíduo

Regime adequado face às co-morbilidades / co-infecções do indivíduo

Regime solicitado pelo indivíduo

Regime adequado face ao perfil de resistência / genotipagem

Outro motivo. Qual? _____

 Sim Não

Desde a última consulta, o participante

9. Esteve internado? Sim Não

9. a) Se sim, indique mês de internamento e mês de alta:

 / a /

10. Esteve preso ou em alguma instituição de apoio social? Sim Não

10. a) Se sim, quanto tempo?

10b) indique data de entrada e data de saída:

 / a /

Observações e Comentários: _____

