

HOSPITAL DE SANTA MARIA – SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS – HOSPITAL DE DIA

CÓDIGO PARTICIPANTE: _____ **DATA:** ___ / ___ / 2011 **PREENCHIDO POR:** _____
(letra máquina) dia mês (letra máquina)

FORMULÁRIO PARA RECOLHA DE DADOS - PROCESSO CLÍNICO

1. Data de diagnóstico da infecção VIH/SIDA: ___ / ___ (MM / AAAA) [ou há ___ anos] s/ info
2. Ano provável de infecção: _____ s/ info
3. Categoria de transmissão: s/ info ou
- a. Toxicodependência IV
 - b. Sexual: Homossexual
 - c. Transusão
 - d. Sexual: Heterossexual
 - e. Acidente de trabalho
 - f. Desconhecido
 - g. Outro Qual? _____

	1ª Consulta ___/___/___ (dd/mm/aa)	Início de TAR ___/___/___ (dd/mm/aa)
Carga Viral	cps/mL Data: _____	cps/mL Data: _____
CD4+	células/mm ³ Data: _____	células/mm ³ Data: _____
Sintomatologia SIDA	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____
Infecções oportunistas [diagnosticadas nesta consulta]	0) Nenhuma <input type="checkbox"/> 1) <i>Pneumocystis jiroveci</i> <input type="checkbox"/> 2) <i>Toxoplasma gondii</i> <input type="checkbox"/> 3) Citomegalovírus <input type="checkbox"/> 4) <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> <input type="checkbox"/> 5) <i>Mycobacterium avium complex (MAC)</i> <input type="checkbox"/> 6) Meningite criptocócica <input type="checkbox"/> 7) <i>Herpes simplex</i> <input type="checkbox"/> 8) Outros _____ <input type="checkbox"/> 99) Sem informação <input type="checkbox"/>	0) Nenhuma <input type="checkbox"/> 1) <i>Pneumocystis jiroveci</i> <input type="checkbox"/> 2) <i>Toxoplasma gondii</i> <input type="checkbox"/> 3) Citomegalovírus <input type="checkbox"/> 4) <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> <input type="checkbox"/> 5) <i>Mycobacterium avium complex (MAC)</i> <input type="checkbox"/> 6) Meningite criptocócica <input type="checkbox"/> 7) <i>Herpes simplex</i> <input type="checkbox"/> 8) Outros _____ <input type="checkbox"/> 99) Sem informação <input type="checkbox"/>
Co-morbilidades [diagnosticadas nesta consulta]	0) Nenhuma <input type="checkbox"/> 1) HTA <input type="checkbox"/> 2) Asma <input type="checkbox"/> 3) DPOC <input type="checkbox"/> 4) Depressão <input type="checkbox"/> 5) Toxicodependência activa <input type="checkbox"/> 6) VHC <input type="checkbox"/> 7) VHB <input type="checkbox"/> 8) Insuficiência renal <input type="checkbox"/> 9) Insuficiência hepática <input type="checkbox"/> 10) Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 11) Outros _____ <input type="checkbox"/> 99) Sem informação <input type="checkbox"/>	0) Nenhuma <input type="checkbox"/> 1) HTA <input type="checkbox"/> 2) Asma <input type="checkbox"/> 3) DPOC <input type="checkbox"/> 4) Depressão <input type="checkbox"/> 5) Toxicodependência activa <input type="checkbox"/> 6) VHC <input type="checkbox"/> 7) VHB <input type="checkbox"/> 8) Insuficiência renal <input type="checkbox"/> 9) Insuficiência hepática <input type="checkbox"/> 10) Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 11) Outros _____ <input type="checkbox"/> 99) Sem informação <input type="checkbox"/>
Terapêutica AR Nome / Dose / Posologia <i>Nota: indicar as associações fixas na mesma linha</i>		1. 2. 3. 4.
Outra Medicação prescrita? Nome / Dose / Posologia		0. Nenhuma <input type="checkbox"/> 1. 2. 3.

	1ª Consulta __/__/__ (dd/mm/aa)	Início de TAR __/__/__ (dd/mm/aa)
Outra Medicação conhecida? Nome / Dose / Posologia		0. Nenhuma <input type="checkbox"/>
		1.
		2.
		3.
Notas sobre a Medicação		
Pedida avaliação de Resistências?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Resultado: _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Resultado: _____ data __/__/__
Observações sobre o Registo da Consulta		

Informação registada desde 1ª consulta com TAR prescrita até consulta inicial (quando aplicável)

	Número	Datas
Total de consultas		
Faltas		
Extra-consultas		
Internamentos		
Ausências superiores a 1 ano		

Sobre as consultas em que está registada mudança de TAR, preencher a tabela seguinte:

Nesta consulta há registo sobre:	__/__/__ (dd/mm/aa)	__/__/__ (dd/mm/aa)	__/__/__ (dd/mm/aa)	__/__/__ (dd/mm/aa)
Motivo da mudança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____
Nova Terapêutica AR Nome / Dose / Posologia	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.
Comentários sobre a adesão	Sim <input type="checkbox"/> sem comentários <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem comentários <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem comentários <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem comentários <input type="checkbox"/> Qual? _____
Recomendações sobre a adesão à terapêutica	Sim <input type="checkbox"/> sem recomendações <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem recomendações <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem recomendações <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem recomendações <input type="checkbox"/> Qual? _____
TDM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__
Pedido resistência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__
Eeitos adversos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? _____
CV CD4/CD8	(resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	(resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	(resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	(resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL
CV CD4/CD8 consulta anterior	__/__/__ (resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	__/__/__ (resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	__/__/__ (resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	__/__/__ (resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL
Infecções oportunistas	Sim <input type="checkbox"/> Sem infecções <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem infecções <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem infecções <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem infecções <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____
Co-morbilidades?	Sim <input type="checkbox"/> Sem co-morb <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem co-morb <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem co-morb <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem co-morb <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____
Consumos de drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Sem consumo <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem consumo <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem consumo <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem consumo <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____
Observações				

Sobre as consultas em que está registada mudança de TAR, preencher a tabela seguinte:

Nesta consulta há registo sobre:	__/__/__ (dd/mm/aa)	__/__/__ (dd/mm/aa)	__/__/__ (dd/mm/aa)	__/__/__ (dd/mm/aa)
Motivo da mudança	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____
Nova Terapêutica AR Nome / Dose / Posologia	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.
Comentários sobre a adesão	Sim <input type="checkbox"/> sem comentários <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem comentários <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem comentários <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem comentários <input type="checkbox"/> Qual? _____
Recomendações sobre a adesão à terapêutica	Sim <input type="checkbox"/> sem recomendações <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem recomendações <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem recomendações <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> sem recomendações <input type="checkbox"/> Qual? _____
TDM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__
Pedido resistência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ? _____ data __/__/__
Eeitos adversos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? _____
CV CD4/CD8	(resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	(resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	(resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	(resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL
CV CD4/CD8 consulta anterior	__/__/__ (resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	__/__/__ (resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	__/__/__ (resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL	__/__/__ (resultado) __/__/__ CD4+/CD8+: _____ células/mm3 Carga Viral: _____ cps/mL
Infecções oportunistas	Sim <input type="checkbox"/> Sem infecções <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem infecções <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem infecções <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem infecções <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____
Co-morbilidades?	Sim <input type="checkbox"/> Sem co-morb <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem co-morb <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem co-morb <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem co-morb <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____
Consumos de drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Sem consumo <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem consumo <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem consumo <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sim <input type="checkbox"/> Sem consumo <input type="checkbox"/> s/ info <input type="checkbox"/> Qual? _____
Observações				