

Nome completo do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Fêmeo ( ) Masculino

Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Indígena, Etnia: \_\_\_\_\_ ( ) Ignorado

Nome do(a) responsável (se necessário): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Município/Estado: \_\_\_\_\_

Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral?

Sim  
 Não

Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral?

Sim  
 Não

Inconstante? Se sim, qual(is) idade gestacional?

Sim  
 Não

Possui algum tipo de doença? Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Faz uso de remédio contínuo? Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO		
Transmissão vertical*	Transmissão Sexual	Transmissão sanguínea
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> Uso de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Tratamento/hemotransfusão para hemofilia <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico

\* passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação.

Realizou pré-teste e pós-teste rápido para HIV/AIDS? Se sim, qual resultado? \_\_\_\_\_

Declaro que compreendo todas as informações apresentadas neste documento e estou de acordo em realizar o teste.

Paciente ou Responsável

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.