

**FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI - CTA - PRÉ TESTE**
CTA CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/HIV/Aids

Nº DE REQUISIÇÃO NO SI - CTA:

DADOS ORIENTAÇÃO	1 - LOCAL (INSTITUIÇÃO) DE ORIGEM / ENCAMINHAMENTO										
	2 - DATA ATENDIMENTO		3 - TIPO DE ORIENTAÇÃO (PRÉ-TESTE)								
			1 INDIVIDUAL		2 COLETIVA		3 NENHUMA		4 INDIVIDUAL E COLETIVA		
	4 - ORIENTADOR(ES) PROFISSIONAL(IS)					5 - 1º ATENDIMENTO NO CTA		6 - VAI FAZER COLETA		7 - 1ª AMOSTRA	
					1 SIM 2 NÃO		1 SIM 2 NÃO		1 SIM 2 NÃO		
8 - Nº REQUISIÇÃO ANTERIOR (OBRIGATÓRIO PARA 2ª AMOSTRA)							9 - TESTE NOMINAL		10 - MOSTRA NOME NA ETIQUETA		
							1 SIM 2 NÃO		1 SIM 2 NÃO		
DADOS DO USUÁRIO	11 - Nº DO PRONTUÁRIO / PROTOCOLO					12 - NOME DO USUÁRIO OU SENHA					
	13 - SEXO		14 - GESTANTE		15 - IDADE GESTACIONAL		16 - DATA DE NASCIMENTO		17 - ESTADO CIVIL (SITUAÇÃO CONJUGAL)		
	1 MASC.		1 SIM						1 CASADO / AMIGADO		4 VIÚVO
	2 FEM.		2 NÃO		MESES				2 SOLTEIRO		99 NÃO INFORMADO
									3 SEPARADO		
18 - RAÇA / COR			19 - ESCOLARIDADE (ANOS ESTUDOS CONCLUÍDOS)			20 - OCUPAÇÃO					
1 BRANCA			4 PARDA			1 NENHUMA		4 DE 8 A 11			
2 PRETA			5 INDÍGENA			2 DE 1 A 3		5 DE 12 A MAIS			
3 AMARELA			99 IGNORADA			3 DE 4 A 7		99 IGNORADA			
21 - Nº DO CARTÃO SUS					22 - NOME DA MÃE						
AUTORIZAÇÃO PARA CONTATO	23 - PERMITE CONTATO *		24 - TIPO DE CONTATO			ASSINATURA DO USUÁRIO					
	1 SIM 2 NÃO		1 TELEFONE	3 E - MAIL		5 OUTROS:					
			2 CORREIO	4 VISITA DOMICILIAR							
DADOS DE RESIDÊNCIA	25 - LOGRADOURO (RUA, AVENIDA...)										
	26 - COMPLEMENTO (APTO, CASA...)							27 - NÚMERO			
	28 - MUNICÍPIO				29 - BAIRRO			30 - UF			
31 - CEP			32 - (DDD) TELEFONE			33 - ZONA		34 - PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)			
-						1 URBANA		2 RURAL			
						2 RURAL					

* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito à privacidade e ao sigilo das informações.

DADOS COMPLEMENTARES

35 - MOTIVO DA PROCURA

- | | |
|---|--|
| 1 EXPOSIÇÃO A SITUAÇÃO DE RISCO | 10 JANELA IMUNOLÓGICA |
| 2 ENCAMINHADO POR SERVIÇO DE SAÚDE | 11 SUSPEITA DE DST |
| 3 ENCAMINHADO POR BANCO DE SANGUE | 12 PREVENÇÃO |
| 4 ENCAMINHADO POR CLÍNICAS DE RECUPERAÇÃO | 13 EXAME PRÉ-NUPCIAL |
| 5 SINTOMAS RELACIONADOS A AIDS | 14 TESTAGEM PARA HEPATITE |
| 6 ADMISSÃO EM EMPREGO / FORÇAS ARMADAS | 15 CONTATO DOMICILIAR PARA HEPATITES |
| 7 CONHECIMENTO DE STATUS SOROLÓGICO | 97 OUTROS: |
| 8 EXAME PRÉ-NATAL | 99 NÃO INFORMADO |
| 9 CONFERIR RESULTADO ANTERIOR | |

DADOS DA REQUISIÇÃO

36 - ORIGEM DA CLIENTELA (COMO FICOU SABENDO DO SERVIÇO)

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 1 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO | 7 ONG |
| 2 AMIGOS / USUÁRIOS DO SERVIÇO | 8 INTERNET |
| 3 JORNAIS / RÁDIO / TELEVISÃO | 9 CAMPANHA |
| 4 BANCO DE SANGUE | 97 OUTROS: |
| 5 SERVIÇO / PROFISSIONAL DE SAÚDE | 99 NÃO INFORMADO |
| 6 SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO TELEFÔNICA | |

37 - ENCAMINHAMENTO PRÉ - TESTE (ATÉ 3 OPÇÕES):

- | | | |
|--|----------------------------|-------------------------------|
| 1 NENHUM | 6 TRATAMENTO DE DST | 11 REALIZAR HEPATITE C |
| 2 REPETIR EXAME / INCONCLUSIVO | 7 ORIENTAÇÕES GERAIS | 12 REALIZAR HEPATITE D |
| 3 REPETIR EXAME / JANELA IMUNOLÓGICA | 8 REALIZAR EXAME HIV | 13 REALIZAR TODOS OS EXAMES |
| 4 REPETIR EXAME / 2ª AMOSTRA | 9 REALIZAR EXAME SÍFILIS | 97 OUTROS: |
| 5 ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL | 10 REALIZAR HEPATITE B | |

38 - LOCAL ENCAMINHAMENTO

39 - NOTAS DA ORIENTAÇÃO PRÉ-TESTE / OBSERVAÇÕES:

NOTAS DA ORIENTAÇÃO PÓS-TESTE / OBSERVAÇÕES:

NOTAS DA ORIENTAÇÃO