

PARTE 3

**PROFILAXIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO ADULTO,
ADOLESCENTE E GRÁVIDA**

I- RECOMENDAÇÕES PARA PROFILAXIA DE DOENÇAS OPORTUNISTAS EM ADULTOS, ADOLESCENTES E GRÁVIDAS INFECTADOS PELO HIV

A prevenção de infecções oportunistas em indivíduos infectados pelo HIV é uma intervenção de grande efetividade e que proporciona redução significativa da morbimortalidade. Essa prevenção tem diversos aspectos:

a) Prevenção da exposição: é uma estratégia que reduz o risco do aparecimento de infecções oportunistas, consistindo no desenvolvimento de atitudes e estilo de vida capazes de diminuir o contacto com patógenos oportunistas e agentes de co-infecções (ver quadro XXIX);

b) Profilaxia primária: visa evitar o desenvolvimento de doenças em pessoas com exposição prévia estabelecida ou provável. A síntese dos critérios de início da profilaxia primária e os esquemas estão no **quadro XXX**;

c) Profilaxia secundária: tem como objetivo evitar a recidiva de uma infecção oportunista que já tenha ocorrido. As recomendações da profilaxia secundária, incluindo os critérios de interrupção, encontram-se na secção das infecções oportunistas.

Quadro XXXIV: Recomendações para a prevenção a exposição a patógenos oportunistas

Agente Infeccioso	Recomendações
Malária	<ul style="list-style-type: none"> - Usar redes mosquiteiras - Usar repelentes
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar contacto directo com doente com Tuberculose activa - Os profissionais de saúde, usar máscara N95 - Nas Unidades Sanitárias, ter salas de espera amplas e arejadas - Orientar a etiqueta da tosse nos doentes com TB
<i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar contacto directo com pessoas com pneumonia por PCP - utilização de filtros especiais na nebulização com pentamidina (se aplicável)
Diarréias	<ul style="list-style-type: none"> - Lavagem frequente das mãos - Evitar ingestão directa de água de lagos e rios - Evitar contacto domiciliário com animais domésticos até os 6 meses de idade, especialmente se adquiridos de criadores comerciais e que tenham sido anteriormente de rua - Lavar bem (e utilizar Hipoclorito) as verduras e legumes - Beber água fervida ou tratada
<i>Toxoplasma gondii</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar carne vermelha mal passada - Evitar contacto com gatos que se alimentam na rua - Evitar limpar caixas de areia de gatos - Lavar bem (e utilizar Hipoclorito) verduras e legumes - Beber água fervida ou tratada - Lavar as mãos após mexer na terra (machamba ou jardinagem)
<i>Criptococcus</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas, limpar galinheiros - Evitar exposição a fezes de pássaros
<i>Cytomegalovirus</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar transfusão de sangue de doador IgG+ para CMV, caso o receptor seja seronegativo
<i>Histoplasma capsulatum</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Em áreas endêmicas, evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas, limpar galinheiros - Evitar exposição a fezes de pássaros silvestres
HPV e Herpes	<ul style="list-style-type: none"> - Usar preservativos nas relações sexuais

As doenças oportunistas que frequentemente afectam os doentes infectados pelo HIV e que podem ser prevenidas, são:

1. **Pneumonia por *Pneumocistis jiroveci* (PCP);**
2. **Malária**
3. **Pneumonias bacterianas;**
4. **Síndromes disenteriformes (*Isospora Belli*);**
5. **Tuberculose**
6. **Toxoplasmose**

I A. INDICAÇÃO DE USO DA PROFILAXIA PRIMÁRIA

Quadro XXXV: Indicação para Profilaxia Primária

INFECÇÃO	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	PROFILAXIA
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pneumocistis jiroveci</i> (PCP) - Malária - Pneumonias bacterianas; - Síndromes disenteriformes; - Toxoplasmose 	<ul style="list-style-type: none"> * HIV positivo + Estadio II, III ou IV (OMS), ou * CD4 \leq 350 cels/mm³ * Mulheres grávidas com critério a partir do 2º trimestre * Doentes HIV+ com TB 	<p>TPC: Tratamento Profilático com Cotrimoxazol</p> <ul style="list-style-type: none"> * 2 comp/dia
- Tuberculose (TB)	<ul style="list-style-type: none"> * Doente HIV+ (em contacto ou não com uma pessoa com BK+), sem nenhum sintoma/sinal de TB pulmonar ou extrapulmonar activa, independentemente do resultado da reacção de Mantoux * Doente HIV+ com imagem radiológica com lesão pulmonar cicatricial, sem história prévia de tratamento para TB e sem evidência clínica de tuberculose activa <p><u>Contra-indicação /exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Tuberculose activa (qualquer forma) * Doença hepática aguda ou crónica icterícia * OMS IV * Neuropatia periférica * Alcoolismo * Tratamento completo de TB nos últimos 24 meses * Má adesão * Intolerância à isoniazida * Gravidez <p><u>Procedimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Avaliação mensal * Entrega mensal de medicamentos 	<p>TPI: Tratamento Profilático com Isoniazida (INH)</p> <ul style="list-style-type: none"> * 5 mg/kg/dia (até 300mg/dia máx) <p>Durante seis meses</p>

RECOMENDAÇÕES

- O tratamento preventivo com isoniazida deve fazer parte de um pacote de cuidados de saúde a oferecer a uma pessoa infectada;
- O tratamento preventivo de TB deve ser realizado em locais designados para o efeito, com periodicidade regular e com pessoal qualificado para o rastreio activo de tuberculose, monitorização da adesão ao tratamento e adequado manejo da toxicidade;
- O tratamento preventivo de TB deve ser imediatamente interrompido se surgirem sintomas de TB activa. Os doentes que apresentarem toxicidade aos fármacos devem ser de imediato avaliados. Em caso de abandono do tratamento profilático, devem ser investigadas as causas que conduziram a tal atitude;
- É fundamental o controlo regular do stock de medicamentos, para que não haja rupturas.

I B. RECOMENDAÇÃO PARA A DESCONTINUAÇÃO DO USO DE COTRIMOXAZOL NA PROFILAXIA PRIMÁRIA

Quadro XXXVI: Recomendações para a descontinuação do Cotrimoxazol (OMS)

	RECOMENDAÇÃO
EXAME DE CD4 NÃO DISPONÍVEL	Não descontinuar a profilaxia primária com CTZ, principalmente em locais onde as infecções bacterianas e a malária são eventos comuns.
EXAME DE CD4 DISPONÍVEL	Em países com alta incidência de infecções bacterianas e malária, deve-se descontinuar o uso da profilaxia primária com CTZ apenas quando houver evidência de reconstituição imunológica relacionada aos antiretrovirais, ou seja, contagem de linfócitos T CD4+ > 350 cel/mm ³ por, pelo menos 6 meses (2 medidas consecutivas).

PARTE 4

**PREVENÇÃO E PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO NO ADULTO,
ADOLESCENTE E GRÁVIDA**

I. VIOLAÇÃO SEXUAL E INFECÇÕES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (ITS)

Queixa de Violação Sexual

É a principal queixa do utente ao apresentar-se à consulta.

Define-se como estupro o acto de constranger a mulher de qualquer idade ou condição à conjunção carnal, por meio de violência ou grave ameaça. Do ponto de vista jurídico é crime previsto no artigo 393 do Código Penal.

O estupro deve ser diferenciado do atentado violento ao pudor, que consiste em constranger alguém mediante violência ou grave ameaça a praticar ou permitir que se pratique acto libidinoso di verso da conjunção carnal.

Abuso sexual inclui todas as formas de coerção sexual (emocional, física e económica) contra um indivíduo. Pode ou não incluir violação. Todo o tipo de contacto sexual não voluntário é considerado abuso.

Violação é definida como o uso de coerção física ou emocional, ou assustar para coagir, com vista à penetração, vaginal, oral ou anal, da criança, adolescente, ou adulto contra a sua vontade.

O atendimento às vítimas de abuso sexual deve ser imediato e deve considerar os aspectos médicos, jurídicos e psicológicos que a condição envolve. Deve-se proceder a documentação e tratamento do trauma físico, das ITS, HIV/SIDA, avaliação do risco de gravidez, colheita de exames de interesse forense e intervenção sobre o processo de crise.

História e Exame Físico

É fundamental a realização da história clínica do utente interrogando-o sobre:

- A data e hora aproximada da agressão
- A história dos contactos sexuais recentes (número de parceiros, uso do preservativo, práticas sexuais)
- Antecedentes de ITS
- Data da última menstruação
- Avaliar a possibilidade de gravidez prévia

O exame físico sempre deve incluir:

- Inspeção da região genital: examinar a genitália externa, afastar os lábios vaginais, visualizar o intróito vaginal, examinar a vagina
- Avaliar sinais e evidencias de penetração vaginal e/ou anal e a extensão das lesões. Inspeccionar períneo e ânus.

Ocorrência há menos de 72 Horas

Deve-se investigar o tempo decorrido desde a agressão até o momento actual da avaliação clínica.

Se a agressão ocorreu há menos de 72 horas, deve-se providenciar quimioprofilaxia para o HIV por um mês e contracepção de emergência. Se a agressão ocorreu há mais de 72 horas apenas dever-se-á realizar profilaxia para as ITS.

Colheita de secreções vaginais, serologia para HIV e Sífilis

A colheita deste material é para efeitos de avaliação médico-legal. A colheita de material deverá ser feita imediatamente na 1ª observação. Deve-se realizar exame vaginal com espéculo e com uma zaragatoa colher as secreções vaginais. Colocar a zaragatoa em frasco contendo soro fisiológico, para posterior envio ao laboratório de análises clínicas para pesquisa de ITS, se houver disponibilidade laboratorial. A colheita e armazenamento do material biológico do conteúdo vaginal também devem ser realizados para a pesquisa de espermatozoides. Deve-se fazer teste rápido de HIV e teste de sífilis.

Profilaxia de ITS

As ITS constituem uma grande preocupação nos casos de abuso sexual, e portanto, deve ser indicado a profilaxia medicamentosa das ITS enquanto se aguarda o resultado dos exames laboratoriais colhidos.

É importante fazer-se a observação directa da toma de medicamentos.

1. Penicilina Benzatínica 2,4 milhões UI IM Dose Única
2. Ciprofloxacina 500mg VO Dose Única
3. Metronidazol 2g VO Dose Única
4. Azitromicina 1 g VO Dose Única

Quimioprofilaxia do HIV

A quimioprofilaxia deve ser recomendada de acordo com o algoritmo abaixo, sendo os medicamentos utilizados nas doses indicadas durante 1 mês. Indinavir deve ser tomado em jejum ou 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições.

Durante 4 semanas:

1. Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg (AZT+3TC): 1cp de 12/12 h
2. Lopinavir/r 200mg/50mg: 2cp 12/12h

Contraceção de Emergência

A contraceção de emergência só deve ser realizada em mulheres após a menarca (aquelas que já tiveram a primeira menstruação).

1. Microgynon 4 comp 12/12h, 1 só dia
ou
2. Lo-feminal 4 comp 12/12h, 1 só dia

Profilaxia da HEPATITE B

Deve ser aplicada a primeira dose da vacina de Hepatite B. Se houver disponibilidade de Imunoglobulina, esta também deve ser aplicada (HBIG 0,06-0,08 mg/Kg, IM)

1. Vacina hepatite B (Engerix) 1 dose IM adulta

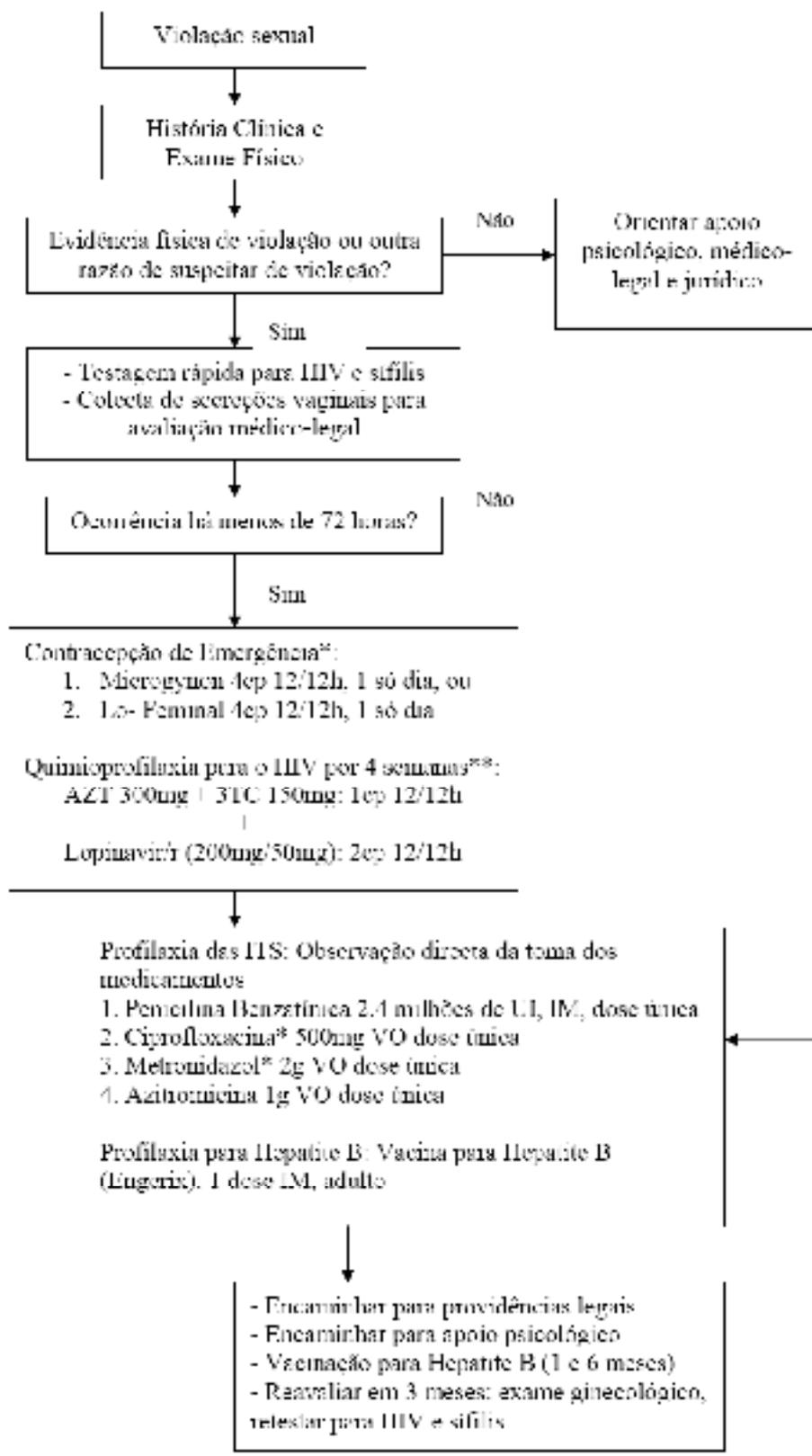
IMPORTANTE

- ENCAMINHAR PARA PROVIDÊNCIAS LEGAIS
- ENCAMINHAR PARA O APOIO PSICOLÓGICO
- RETORNAR PARA REAVALIAÇÃO EM 3 MESES

Após o atendimento imediato da vítima, deve-se proceder aos encaminhamentos legais decorrentes do crime, conforme previsto no código penal. Lembrar que o trauma emocional do abuso sexual resulta da violência em si e também do medo de gravidez ou de ter adquirido uma ITS, inclusive o HIV. A reacção imediata é de medo persistente, perda de auto-estima e dificuldade de relacionamento. Os efeitos psicológicos crónicos do abuso sexual enquadram-se no distúrbio de stress pós-traumático.

Após três meses da agressão a paciente deverá retornar para novo exame ginecológico completo e realização dos testes de HIV e sífilis. No retorno, deve-se tratar a ITS diagnosticada, se for o caso, de acordo com o algoritmo específico.

Algoritmo 13: Abordagem da violência sexual



* Em caso de gravidez, use Cefixime 400mg VO dose única ao invés de Ciprofloxacina, não use contracepção de emergência e não use Metronidazol no 1º trimestre da gravidez;

** Em pacientes HIV positivo, não está indicado a quimioprofilaxia para o HIV;

II – PREVENÇÃO E PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV

A profilaxia pós exposição (PPE) ao HIV é um tratamento de curta duração com medicamentos antiretrovirais (ARVs) com o objetivo de reduzir o risco de infecção pelo HIV após uma exposição ocupacional. A PPE deve ser parte de um Programa mais abrangente de segurança no ambiente de trabalho (saúde ocupacional).

As notas deste capítulo foram retiradas do Guia Nacional para a Prevenção e Profilaxia Pós Exposição Ocupacional ao HIV, disponível em todas as Unidades Sanitárias do SNS. Para informações complementares, este Guia deve ser consultado.

Critérios para considerar uma exposição ocupacional em trabalhadores de saúde

- Trabalhadores de Saúde (TS): inclui todo o pessoal clínico, administrativo, limpeza, meio ambiente, manutenção, estudantes e voluntários, com actividades que envolvem contacto directo ou indirecto com doentes, ou com sangue, tecidos ou outros fluidos corporais dos utentes de uma Unidade Sanitária
- Exposição ocupacional ao HIV: são as lesões percutâneas (por exemplo, picada de agulha, corte com objectos perfuro-cortantes, etc.) ou o contacto de membranas mucosas ou pele não intacta (como feridas, queimaduras, eczemas, dermatites, etc.) com o sangue, tecidos ou outros fluidos corporais potencialmente infectados.

Relevância da PPE

- Em países com uma prevalência elevada de HIV/SIDA, como é o caso de Moçambique e outros países da África Subsahariana, os doentes seropositivos ocupam mais da metade das camas nos hospitais.
- O risco médio de transmissão ocupacional depois de uma exposição a uma fonte infectada é de aproximadamente:
 - HIV: 0,3%
 - HCV: 1,8%
 - HBV: 23 a 37%
- O risco de contrair uma infecção pelo HBV entre TS é 10 vezes maior que na população geral. O HBV pode sobreviver em sangue seco, a temperatura ambiente, em superfícies, por pelo menos 7 dias. Por essa razão, propõe-se de forma complementar ao PPE para o HIV, implementar a vacinação preventiva contra Hepatite B como precaução básica aos TS devido ao seu alto risco ocupacional.

Elementos da PPE para o HIV em Moçambique

1. Prevenção das Exposições Ocupacionais:

É o elemento mais importante de um programa de segurança no ambiente de trabalho.

2. Manejo da Exposição

Uma vez ocorrida uma exposição ocupacional, esta deve ser manejada imediatamente, incluindo os seguintes passos:

2.1. Tratamento imediato da ferida: o TS deve ser orientado a tratar a ferida da seguinte forma:

Se for uma exposição percutânea	Limpar a ferida imediatamente após o acidente com água e sabão
Se for uma projecção mucosa	Realizar lavagem prolongada da mucosa envolvida com soro fisiológico ou água

IMPORTANTE

- Não há evidência de benefícios da aplicação de anti-sépticos ou desinfetantes na ferida, tão pouco o facto de espremer o sítio da picada ou ferida;
- Deve-se evitar o uso de soluções contendo hipoclorito de sódio ou outros agentes cáusticos na pele ou membranas mucosas.

2.2. Avaliação do risco de infecção para a tomada de decisão sobre a necessidade ou não de PPE:

Idealmente a decisão de início de PPE deverá ser feita com base na avaliação da ferida, no resultado do teste de HIV e na história clínica do doente-fonte e do TS que sofreu a exposição.

A testagem rápida para o HIV deverá seguir o Protocolo Nacional do Ministério da Saúde de Moçambique, consistindo em:

Teste de rastreio: Determine

Teste confirmatório: Unigold

IMPORTANTE

- Se o TS for HIV positivo ou recusa-se a ser testado, não se deve iniciar a PPE; deve-se somente tratar a ferida e registar o acidente;
- Se o teste para o HIV não estiver disponível, inicia-se a PPE, conforme indicação abaixo, e refere-se o TS para a US de referência para posterior avaliação. Neste caso, sempre que possível, o TS deve levar consigo uma amostra de sangue e um relatório clínico o mais completo possível sobre o doente-fonte.

O quadro abaixo resume as possíveis situações e as respectivas recomendações:

Quadro XXXVII: Recomendações para a PPE

Tipo e Severidade da exposição: definido através da avaliação da ferida	Condição do doente-fonte: definido através da história clínica, sintomas e/ou testagem	Recomendações
Exposição Massiva: picada profunda, dispositivo intravascular, agulha perfurada de grande calibre, producto de laboratório concentrado	Seropositivo com ou sem SIDA, ou <i>status</i> serológico desconhecido	Iniciar PPE com regime triplo
Exposição Intermediária: corte com bisturi através das luvas, picada superficial com agulha em bisel	Seropositivo com SIDA	Iniciar PPE regime triplo
	Seropositivo sem SIDA, ou <i>status</i> serológico desconhecido	Iniciar PPE com regime duplo
Exposição Mínima: simples erosão epidérmica com agulha de sutura ou de pequeno calibre	Seropositivo com ou sem SIDA, ou <i>status</i> serológico desconhecido	Não se recomenda o início da PPE

2.3. Registo e Notificação do Acidente

Assim que possível, recomenda-se que o acidente seja registado e notificado à instância pertinente.

A ficha de registo deve conter pelo menos as seguintes informações sobre a exposição:

- Identificação do TS

- Data e hora da avaliação da ferida
- Detalhes do acidente: o que, onde, como, com que instrumento
- Detalhes da exposição: tipo e severidade da exposição
- Informações sobre o doente-fonte e a pessoa exposta: estado serológico e/ou clínico
- Detalhes do manejo da exposição

O modelo da ficha de notificação encontra-se nos Anexos deste Guião.

2.4. Redução do Risco de Futuros Acidentes

Recomenda-se que a pessoal responsável pela PPE na US analise as circunstâncias (falta de EPI, falta de conhecimento do TS, falta de materiais de PCI) em que a exposição ocorreu, com o objectivo de identificar formas de prevenir acidentes similares no futuro

3. Tratamento Profiláctico:

Deve ser indicado a PPE como resultado de uma avaliação do risco da exposição e de acordo com os seguintes passos

3.1. Início da profilaxia

Após indicada a PPE, seja ela com um regime duplo ou triplo, esta deve ser iniciada o mais rápido possível após o acidente, preferivelmente dentro das primeiras 4 horas, mas podendo ser iniciado até 72 horas após o ocorrido.

3.1.1. Regime duplo: indicada principalmente nos casos onde a exposição é intermediária. É um esquema bem tolerado e com pouca toxicidade. Deverá ser utilizado durante 4 semanas.

AZT 300mg + 3TC 150mg: comprimido de dose fixa combinada (AZT + 3TC): 1cp 12/12h

3.1.2. Regime triplo: recomendado para os casos onde o risco de transmissão do HIV é elevado. Deverá ser utilizado por 4 semanas.

AZT + 3TC (dose fixa combinada): 1cp 12/12h

+

Lopinavir/r (200mg/50mg): 2cp 12/12h

Quando o Lopinavir/r não estiver disponível, utilizar o Efavirenz. Recordar que este medicamento está contra-indicado na gravidez

Recomendações importantes para o início do tratamento profiláctico:

- Orientar o TS sobre o risco de adquirir o HIV numa exposição ocupacional, de acordo com o tipo e severidade da exposição
- Verificar contra-indicações aos ARVs e possíveis interacções medicamentosas
- Manejar os casos de interacções medicamentosas
- Investigar outras necessidades associadas a esta situação, como a contracepção e o uso de preservativos durante pelo menos 6 meses
- Suspender o aleitamento materno durante o PPE
- Explicar detalhadamente o modo de uso (dose, horários e requerimentos especiais conforme o regime a ser utilizado na PPE)
- Explicar os possíveis efeitos secundários e como manejá-los
- Explicar a importância da adesão ao PPE e o risco de desenvolver resistência aos ARVs em caso contrário
- Explicar como será o seguimento da PPE
- Confirmar que o TS entende a informação e está disposto a iniciar a PPE

- Informar onde o TS deve ir em caso de dúvidas ou complicações
- Completar a ficha de registo para o PPE (disponível na parte dos Anexos desde Guião)

3.2. Seguimento

Os TS que iniciam a PPE deverão ser acompanhados da seguinte forma:

- Depois da serologia inicial para o HIV, repetir a serologia para o HIV na 6ª semana e no 3º e 6º mês
- Hemograma completo e transaminases no Dia 0, 2ª e 4ª semana de tratamento
- Serologia inicial das hepatites (Hepatite B e Hepatite C) e conforme o risco do acidente, ao 1º, 3º, 6º e 9º mês
- Aconselhamento adicional, de acordo com a necessidade

Os TS que não receberam a PPE segundo as recomendações do quadro acima, ou por opção pessoal, deverão ser acompanhados da seguinte forma:

- Após a serologia inicial para o HIV, repetir na 6ª semana e no 3º e 6º mês
- Transaminases e serologia inicial das hepatites e conforme o risco, ao 1º, 3º, 6º e 9º mês
- Aconselhamento adicional, de acordo com a necessidade

PARTE 5

ANEXOS

Anexo 1: Tabela de Índice de Massa Corporal (IMC) já calculado

Peso (kg)	Altura (m) →															
	1,5	1,51	1,52	1,53	1,54	1,55	1,56	1,57	1,58	1,59	1,6	1,61	1,62	1,63	1,64	1,65
35	15,6	15,4	15,1	15,0	14,8	14,6	14,4	14,2	14,0	13,8	13,7	13,5	13,3	13,2	13,0	12,9
36	16,0	15,8	15,6	15,4	15,2	15,0	14,8	14,6	14,4	14,2	14,1	13,9	13,7	13,5	13,4	13,2
37	16,4	16,2	16,0	15,8	15,6	15,4	15,2	15,0	14,8	14,6	14,5	14,3	14,1	13,9	13,8	13,6
38	16,9	16,7	16,4	16,2	16,0	15,8	15,6	15,4	15,2	15,0	14,8	14,7	14,5	14,3	14,1	14,0
39	17,3	17,1	16,9	16,7	16,4	16,2	16,0	15,8	15,6	15,4	15,2	15,0	14,9	14,7	14,5	14,3
40	17,8	17,6	17,3	17,1	16,9	16,6	16,4	16,2	16,0	15,8	15,6	15,4	15,2	15,1	14,9	14,7
41	18,2	18,0	17,7	17,5	17,3	17,1	16,8	16,6	16,4	16,2	16,0	15,8	15,6	15,4	15,2	15,1
42	18,7	18,4	18,2	17,9	17,7	17,5	17,3	17,0	16,8	16,6	16,4	16,2	16,0	15,8	15,6	15,4
43	19,1	18,9	18,5	18,4	18,1	17,9	17,7	17,4	17,2	17,0	16,8	16,6	16,4	16,2	16,0	15,8
44	19,6	19,3	19,0	18,8	18,6	18,3	18,1	17,9	17,6	17,4	17,2	17,0	16,8	16,6	16,4	16,2
45	20,0	19,7	19,5	19,2	19,0	18,7	18,5	18,3	18,0	17,8	17,6	17,4	17,1	16,9	16,7	16,5
46	20,4	20,2	19,9	19,7	19,4	19,1	18,9	18,7	18,4	18,2	18,0	17,7	17,5	17,3	17,1	16,9
47	20,9	20,6	20,3	20,1	19,8	19,6	19,3	19,1	18,9	18,6	18,4	18,1	17,9	17,7	17,5	17,3
48	21,3	21,1	20,9	20,5	20,2	20,0	19,7	19,5	19,2	19,0	18,8	18,5	18,3	18,1	17,8	17,6
49	21,8	21,5	21,2	20,9	20,7	20,4	20,1	19,9	19,6	19,4	19,1	18,9	18,7	18,4	18,2	18,0
50	22,2	21,9	21,6	21,4	21,1	20,8	20,5	20,3	20,0	19,8	19,5	19,3	19,1	18,9	18,6	18,4
51	22,7	22,4	22,1	21,8	21,5	21,2	21,0	20,7	20,4	20,2	19,9	19,7	19,4	19,2	19,0	18,7
52	23,1	22,8	22,5	22,2	21,9	21,6	21,4	21,1	20,8	20,6	20,3	20,1	19,8	19,6	19,3	19,1
53	23,6	23,2	22,9	22,6	22,3	22,1	21,8	21,5	21,2	21,0	20,7	20,4	20,2	19,9	19,7	19,5
54	24,0	23,7	23,4	23,1	22,8	22,5	22,2	21,9	21,6	21,4	21,1	20,8	20,6	20,3	20,1	19,8
55	24,4	24,1	23,8	23,5	23,2	22,9	22,6	22,3	22,0	21,8	21,5	21,2	21,0	20,7	20,5	20,2
56	24,9	24,6	24,2	23,9	23,6	23,3	23,0	22,7	22,4	22,2	21,9	21,6	21,3	21,1	20,8	20,6
57	25,3	25,0	24,7	24,3	24,0	23,7	23,4	23,1	22,8	22,6	22,3	22,0	21,7	21,5	21,2	20,9
58	25,8	25,4	25,1	24,8	24,5	24,1	23,8	23,5	23,2	22,9	22,7	22,4	22,1	21,9	21,6	21,3
59	26,2	25,9	25,5	25,2	24,9	24,6	24,2	23,9	23,6	23,3	23,0	22,8	22,5	22,2	21,9	21,7
60	26,7	26,3	26,0	25,6	25,3	25,0	24,7	24,3	24,0	23,7	23,4	23,1	22,9	22,6	22,3	22,0
61	27,1	26,8	26,4	26,1	25,7	25,4	25,1	24,7	24,4	24,1	23,8	23,5	23,2	23,0	22,7	22,4
62	27,6	27,2	26,8	26,5	26,1	25,8	25,5	25,2	24,8	24,5	24,2	23,9	23,6	23,3	23,1	22,8
63	28,0	27,6	27,3	26,9	26,6	26,2	25,9	25,6	25,2	24,9	24,6	24,3	24,0	23,7	23,4	23,1
64	28,4	28,1	27,7	27,3	27,0	26,6	26,2	26,0	25,6	25,3	25,0	24,7	24,4	24,1	23,8	23,5
65	28,9	28,5	28,1	27,8	27,4	27,1	26,7	26,4	26,0	25,7	25,4	25,1	24,8	24,5	24,2	23,9
66	29,3	28,9	28,5	28,2	27,8	27,5	27,1	26,8	26,4	26,1	25,8	25,5	25,1	24,8	24,5	24,2
67	29,8	29,4	29,0	28,6	28,3	27,9	27,5	27,2	26,8	26,5	26,2	25,9	25,5	25,2	24,9	24,6
68	30,2	29,8	29,4	29,0	28,7	28,3	27,9	27,5	27,2	26,9	26,6	26,2	25,9	25,5	25,2	25,0
69	30,7	30,3	29,9	29,5	29,1	28,7	28,4	28,0	27,6	27,3	27,0	26,6	26,3	26,0	25,7	25,3
70	31,1	30,7	30,3	29,9	29,5	29,1	28,8	28,4	28,0	27,7	27,3	27,0	26,7	26,3	26,0	25,7
71	31,6	31,1	30,7	30,3	29,9	29,5	29,2	28,8	28,4	28,1	27,7	27,4	27,1	26,7	26,4	26,1
72	32,0	31,6	31,2	30,8	30,4	30,0	29,6	29,2	28,8	28,5	28,1	27,8	27,4	27,1	26,8	26,4
73	32,4	32,0	31,6	31,2	30,8	30,4	30,0	29,6	29,2	28,9	28,5	28,2	27,8	27,5	27,1	26,8
74	32,9	32,5	32,0	31,6	31,2	30,8	30,4	30,0	29,6	29,3	28,9	28,5	28,2	27,8	27,5	27,2
75	33,3	32,9	32,5	32,0	31,6	31,2	30,8	30,4	30,0	29,7	29,3	28,9	28,6	28,2	27,9	27,5
76	33,8	33,3	32,9	32,5	32,0	31,6	31,2	30,8	30,4	30,1	29,7	29,3	29,0	28,6	28,3	27,9
77	34,2	33,8	33,3	32,9	32,5	32,0	31,6	31,2	30,8	30,5	30,1	29,7	29,3	29,0	28,6	28,3
78	34,7	34,2	33,8	33,3	32,9	32,5	32,1	31,6	31,2	30,9	30,5	30,1	29,7	29,4	29,0	28,7
79	35,1	34,6	34,2	33,7	33,3	32,9	32,5	32,0	31,6	31,2	30,8	30,5	30,1	29,7	29,4	29,0
80	35,6	35,1	34,6	34,2	33,7	33,3	32,9	32,5	32,0	31,6	31,2	30,8	30,5	30,1	29,7	29,4

	Altura (m) →														
Peso (kg)	1,65	1,67	1,68	1,69	1,70	1,71	1,72	1,73	1,74	1,75	1,76	1,77	1,78	1,79	1,80
35	12,7	12,5	12,4	12,3	12,1	12,0	11,9	11,7	11,6	11,4	11,3	11,2	11,0	10,9	10,6
36	13,1	12,9	12,8	12,6	12,5	12,3	12,2	12,0	11,9	11,8	11,6	11,5	11,4	11,2	11,1
37	13,4	13,3	13,1	13,0	12,8	12,7	12,5	12,4	12,2	12,1	11,9	11,8	11,7	11,5	11,4
38	13,8	13,6	13,5	13,3	13,1	13,0	12,8	12,7	12,6	12,4	12,3	12,1	12,0	11,9	11,7
39	14,2	14,0	13,8	13,7	13,5	13,3	13,2	13,0	12,9	12,7	12,6	12,4	12,3	12,2	12,0
40	14,5	14,3	14,2	14,0	13,8	13,7	13,5	13,4	13,2	13,1	12,9	12,8	12,6	12,5	12,3
41	14,9	14,7	14,5	14,4	14,2	14,0	13,9	13,7	13,6	13,4	13,2	13,1	12,9	12,8	12,7
42	15,2	15,1	14,9	14,7	14,5	14,4	14,2	14,0	13,9	13,7	13,6	13,4	13,3	13,1	13,0
43	15,6	15,4	15,2	15,1	14,9	14,7	14,6	14,4	14,2	14,0	13,9	13,7	13,6	13,4	13,3
44	15,9	15,8	15,6	15,4	15,2	15,0	14,9	14,7	14,6	14,4	14,2	14,0	13,9	13,7	13,6
45	16,3	16,1	15,9	15,8	15,6	15,4	15,2	15,0	14,9	14,7	14,6	14,4	14,2	14,0	13,9
46	16,7	16,5	16,3	16,1	15,9	15,7	15,6	15,4	15,2	15,0	14,9	14,7	14,6	14,4	14,2
47	17,1	16,9	16,7	16,5	16,3	16,1	15,9	15,7	15,6	15,3	15,2	15,0	14,8	14,7	14,5
48	17,4	17,2	17,0	16,8	16,6	16,4	16,2	16,0	15,9	15,7	15,6	15,3	15,1	15,0	14,8
49	17,8	17,6	17,4	17,2	17,0	16,8	16,6	16,4	16,2	16,0	15,8	15,6	15,5	15,3	15,1
50	18,1	17,9	17,7	17,5	17,3	17,1	16,9	16,7	16,5	16,3	16,1	16,0	15,8	15,6	15,4
51	18,5	18,3	18,1	17,9	17,7	17,4	17,2	17,0	16,8	16,7	16,5	16,3	16,1	15,9	15,7
52	18,9	18,6	18,4	18,2	18,0	17,8	17,6	17,4	17,2	17,0	16,8	16,6	16,4	16,2	16,0
53	19,2	19,0	18,8	18,6	18,3	18,1	17,9	17,7	17,5	17,3	17,1	16,9	16,7	16,5	16,4
54	19,6	19,4	19,1	18,9	18,7	18,5	18,3	18,0	17,8	17,6	17,4	17,2	17,0	16,9	16,7
55	20,0	19,7	19,5	19,3	19,0	18,8	18,6	18,4	18,2	18,0	17,8	17,6	17,4	17,2	17,0
56	20,3	20,1	19,9	19,6	19,4	19,2	18,9	18,7	18,5	18,3	18,1	17,9	17,7	17,5	17,3
57	20,7	20,4	20,2	20,0	19,7	19,5	19,3	19,0	18,8	18,6	18,4	18,2	18,0	17,8	17,6
58	21,0	20,8	20,6	20,3	20,1	19,8	19,6	19,4	19,2	18,9	18,7	18,5	18,3	18,1	17,9
59	21,4	21,2	20,9	20,7	20,4	20,2	19,9	19,7	19,5	19,3	19,0	18,8	18,6	18,4	18,2
60	21,8	21,5	21,3	21,0	20,8	20,6	20,3	20,0	19,8	19,6	19,4	19,2	18,9	18,7	18,5
61	22,1	21,8	21,6	21,4	21,1	20,9	20,6	20,4	20,1	19,9	19,7	19,5	19,3	19,0	18,8
62	22,5	22,2	22,0	21,7	21,5	21,2	21,0	20,7	20,5	20,2	20,0	19,8	19,6	19,4	19,1
63	22,9	22,6	22,3	22,1	21,8	21,6	21,3	21,0	20,8	20,6	20,3	20,1	19,8	19,7	19,4
64	23,2	22,9	22,7	22,4	22,1	21,9	21,6	21,4	21,1	20,9	20,7	20,4	20,2	20,0	19,6
65	23,6	23,3	23,0	22,8	22,5	22,2	22,0	21,7	21,5	21,2	21,0	20,7	20,5	20,3	20,1
66	24,0	23,7	23,4	23,1	22,8	22,6	22,3	22,1	21,8	21,6	21,3	21,1	20,8	20,6	20,4
67	24,3	24,0	23,7	23,5	23,2	22,9	22,6	22,4	22,1	21,9	21,6	21,4	21,1	20,9	20,7
68	24,7	24,4	24,1	23,8	23,6	23,3	23,0	22,7	22,5	22,2	22,0	21,7	21,5	21,2	21,0
69	25,0	24,7	24,4	24,2	23,9	23,6	23,3	23,1	22,8	22,5	22,3	22,0	21,8	21,5	21,3
70	25,4	25,1	24,8	24,6	24,2	23,9	23,7	23,4	23,1	22,9	22,6	22,3	22,1	21,8	21,6
71	25,8	25,5	25,2	24,9	24,6	24,3	24,0	23,7	23,5	23,2	22,9	22,7	22,4	22,2	21,9
72	26,1	25,8	25,5	25,2	24,9	24,6	24,3	24,1	23,8	23,5	23,2	23,0	22,7	22,5	22,2
73	26,5	26,2	25,9	25,6	25,3	25,0	24,7	24,4	24,1	23,8	23,6	23,3	23,0	22,8	22,5
74	26,9	26,6	26,3	26,0	25,7	25,4	25,0	24,7	24,4	24,2	23,9	23,6	23,4	23,1	22,8
75	27,2	26,9	26,6	26,3	26,0	25,6	25,4	25,1	24,8	24,5	24,2	23,9	23,7	23,4	23,1
76	27,6	27,3	27,0	26,6	26,3	26,0	25,7	25,4	25,1	24,8	24,5	24,3	24,0	23,7	23,5
77	27,9	27,6	27,3	27,0	26,6	26,3	26,0	25,7	25,4	25,1	24,8	24,5	24,3	24,0	23,8
78	28,3	28,0	27,6	27,3	27,0	26,7	26,4	26,1	25,8	25,5	25,2	24,9	24,6	24,3	24,1
79	28,7	28,3	28,0	27,7	27,3	27,0	26,7	26,4	26,1	25,8	25,5	25,2	24,8	24,7	24,4
80	29,0	28,7	28,3	28,0	27,7	27,4	27,0	26,7	26,4	26,1	25,8	25,5	25,2	25,0	24,7

Anexo 2: Ficha de Notificação de Reacções Adversas aos Medicamentos

 MINISTÉRIO DA SAÚDE		DEPARTAMENTO FARMACÉUTICO SERVIÇO DE FARMACOVIGILÂNCIA							
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE REACÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS									
<input type="checkbox"/> Informação complementar									
Informação Inicial <input type="checkbox"/> Unidade Sanitária Farmácia	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	Serviço	Localidade:						
Iniciais do doente NDT	Idade meses/anos/dias Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Peso (kg)	Casos anteriores? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre						
Breve descrição da reacção adversa									
Data de início da reacção / / Duração da reacção: dias/hozas									
Tratar o(s) medicamento(s) por ordem de suspeita:									
Nome comercial/ Genérico	Forma Farmacéutica e Posologia	Dose/dia(s)	Via de administração	Data de início do tratamento	Data de término do tratamento	Indicação Para uso	Nº de lotes		
Empty space for medication details									
Resultado da reacção Adversa		Tratamento da reacção		Substituição terapêutica					
<input type="checkbox"/> Recuperação completa <input type="checkbox"/> Melhorias significativas <input type="checkbox"/> Prolegem hospitalização <input type="checkbox"/> Faleceu médico responsável <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Morte inesperada		<input type="checkbox"/> Suspensão ou redução da dose <input type="checkbox"/> Suspensão com sequelas <input type="checkbox"/> Não respondeu ao tratamento <input type="checkbox"/> Morte		<input type="checkbox"/> Suspensão do medicamento <input type="checkbox"/> Redução da dose <input type="checkbox"/> Tratamento com: _____				<input type="checkbox"/> Sim, de acordo com farmacovigilância de(s) _____ <input type="checkbox"/> Não, de acordo com farmacovigilância de(s) _____	
A reacção adversa desapareceu ou diminuiu após a suspensão ou redução da dose do medicamento?				A reacção adversa respondeu após a interrupção do medicamento?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica					
Comentários (dados relevantes de anamnese, história de alergias, etc.)									
Nome do Notificador:		Categoria profissional:		Endereço:		Data da notificação:			
Email:									
Obrigado por ter notificado. A segurança do nosso doente é a nossa maior prioridade!									
ESTA INFORMAÇÃO É CONFIDENCIAL									

ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO

Tipo de relato

Atividade nos campos:

- **Informação inicial** - quando for a primeira notificação de caso.
- **Informação complementar** - se houve notificação adicional ou complementar de um caso notificado anteriormente.

Identificação da Unidade Sanitária ou Farmácia

Assinale o posto correspondente e preencha o nome da Unidade Sanitária estabelecendo o serviço onde o caso foi observado. Quando de perfilar a origem de sintomas, efeitos ou de emergência em o nome de família onde o doente deu a queir, identifique a localidade de residência.

Identificação do paciente

Preencha os campos correspondentes à identificação do doente. Na falta de dados risque a que não tiverem. Em 12 anos ~~menores~~. Tratando-se de uma doença, certifique-se está errada e registre no campo Gestante e o respectivo tempo de gravidez. Na presença de alguma data de identificação que não seja a última, registre também a mesma em anexo (mas não anule a atual).

Identificação da reação adversa

Descreva brevemente a reação adversa ocorrida. Preencha o tempo correspondente à Data de início da reação considerando a data que marcou a reação adversa. Ao preencher a duração da reação adverse especifique se ocorreu a dois ou mais dias.

Identificação do medicamento

Identifique todos medicamentos administrados em ordem de sequência pelo NAMA comercial/gênérico, incluindo com as indicações de forma farmacéutica. Descreva dose, frequência, via de administração, tempo de início do tratamento e a data de fim do tratamento. Na indicação de uso, referir a forma que levou a prescrição de cada um dos medicamentos. Inclua os medicamentos de automedicação tomados nos 30 dias antes anteriores. Se suspeita de má qualidade do medicamento (problemas de eficácia, reação alérgica, etc) indicar nos comentários o nome comercial do produto, fabricante, número de lote e a data de validade.

Resultado da Reação Adversa

Assinale como foi a recuperação do doente e o resultado da reação adversa. Assinale os campos referentes ao Tratamento da Reação e a Substituição Terapêutica.

Identificação do notificador

Identifique o nome e categoria profissional (médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, técnico de enfermagem, técnico de laboratório, enfermeiro, etc) e Telefone ou Fax de contato do notificador e o data de notificação, considerando esta a data de preenchimento do formulário.

As notificações devem ser enviadas por correio ou fax para o seguinte endereço:

Departamento Farmacêutico, Centro de Farmacovigilância,

Av Salvador Allende/Agostinho Neto, Maputo, Moçambique,

Fax: 21 32 65 47 Telefone: 21 303473 Celular: 82 3035409

ESTA INFORMAÇÃO É CONFIDENCIAL

Anexo 4. Questionário de Rotina para Rastreamento da TB nos pacientes HIV +



República de Moçambique
 Ministério da Saúde
 Direção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças
 Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

Questionário de Rotina para Rastreamento da Tuberculose nos Pacientes Infectados pelo Vírus do HIV

O questionário deve ser utilizado para o rastreio activo da TB a todos os pacientes HIV positivos nas consultas de medicina, nas consultas de ILV/SIDA, e nas enfermarias de medicina.

NOME: _____
 NID: _____

SE RESPONDER "SIM" AS PERGUNTAS 1 OU 2:

Proceder a baciloscopia do escarro e continuar o diagnóstico da TB.

SE RESPONDER "SIM" A PLO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 3, 4, 5, 6:

Continuar com a avaliação da TB segundo os critérios clínicos (excreções glândulas aumentadas, ascitis, etc.), pedir RX se disponível, e referir se necessário para avaliação médica.

SE RESPONDER "NAO" AS PERGUNTAS 1, 2, 3, 4, 5:

Terminar com a avaliação da TB e repetir o questionário na consulta seguinte (pelo menos a cada três meses); encaminhar para avaliação do eventual tratamento preventiva caso a Isentardina (IPI).

Se apenas tiver contacto com um caso de TB activa (pergunta 6), pode ser elegível para TPI.

Data de preenchimento do questionário:		Primeira consulta	Segunda consulta	Terceira consulta	Quarta consulta	Quinta consulta
Data: ___/___/___		Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
1. Toux há mais de 3 semanas?						
2. Toux com sangue?						
3. Toux há mais de 14 dias de + sintomas?						
4. Fêz há mais de 3 semanas?						
5. Perda de peso (mais de 1 kg nos últimos 3m)?						
6. Alguém em casa está em tratamento da TB?						
Exames pedidos e resultados						
Baciloscopia	Data do pedido					
	Data do resultado					
	Resultado (+ / - / ND) **					
Radiografia	Data do pedido					
	Data do resultado					
	Resultado () / (BD) ***					
Curios?	Data do pedido					
	Data do resultado					
	Resultado () / (ND) **					
Seleccionar o tipo de TB: Pulmonar BK+; Pulmonar BK-; Pulmonar sem BK; fêto; Extra pulmonar; Disseminada (pulmonar + extra pulmonar)						
Data do diagnóstico: ___/___/___		Isento	Sim	Serviço onde recebe os medicamentos?		
Tratamento da TB		Data: ___/___/___	Data: ___/___/___			
Profilaxia com Cotrimoxazole		Data: ___/___/___	Data: ___/___/___			
Incluído(a) geralmente no tratamento (IPI)		Data: ___/___/___	Data: ___/___/___			

* Diagnóstico: 0 = negativo; 1 = positivo; 2 = não sabe; 3 = não sabe; 4 = não sabe; 5 = não sabe

** ND = Não detectado

Anexo 5. Questionário de Rastreio da Tuberculose no Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças
Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

Questionário de Rotina para Rastreio da Tuberculose

O questionário deve ser utilizado para o rastreio activo da TB a todos os utentes do Gabinete de Aconselhamento e Testagem em Saúde

Nome do utente:

Número do utente:

SINTOMAS	SIM	NÃO
1. O utente tem tosse há mais de 3 semanas?		
2. O utente teve escarro com sangue alguma vez nas últimas 3 semanas?		
3. O utente tem febre há mais de 3 semanas?		
4. O utente tem suores à noite há mais de 3 semanas?		
5. O utente perdeu mais de 3 quilos do seu peso normal nas últimas 4 semanas?		

Recomendação de encaminhamento:

- ◆ Se o utente responder **SIM** a pergunta 1 ou 2 → Serviço de TB
- ◆ Se o utente responder **SIM** à pergunta 1 ou 2 associada à uma ou todas as perguntas 3, 4 e 5 → Serviço de TB
- ◆ Se o utente responder **SIM** as perguntas 3, 4 e 5 separadamente ou combinadas entre si → avaliação médica

Anexo 6. Ficha de Referência TB/HIV



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA DE TB / HIV

Sector de TB

Data: ____/____/____ Nome: _____ NID: _____

Referido de: _____
(Nome de unidade ou centro onde mora o paciente para TB)

Nome do clínico que refere o paciente: _____

Referido para: _____
(Nome de unidade ou centro onde vai receber tratamento para TB)

Data do início do tratamento de TB: ____/____/____

Categoria de tratamento (baseada no estado de transmissão e a capacidade de resposta clínica)

Categoria I 2 (RHZB) / 4 (HR)	Categoria II 2 (RHZB) / 3 / 1 (RHZB) / 5 (RHZ)	Categoria IV (MDR TB): * * Escrever o regime de tratamento
---	--	--

Outra Categoria: _____

Efeitos colaterais? NÃO / SIM (Tipo: _____) (ex. náuseas, vômitos, olhos amarelos, etc.)

Alérgico? NÃO / SIM (Tipo: _____)

Data do teste do HIV: ____/____/____

Início do tratamento? NÃO / SIM (Data: ____/____/____) Início do TARV? NÃO / SIM (Data: ____/____/____)

Sector de HIV

Nome: _____ Data: ____/____/____ NID: _____

Referido de: _____
(Nome de unidade ou centro onde mora o paciente para HIV)

Nome do clínico que refere o paciente: _____

Referido para: _____
(Nome de unidade ou centro onde vai receber tratamento para HIV)

Data de diagnóstico de HIV: ____/____/____

Data de diagnóstico de TB: ____/____/____

Resultado de diagnóstico para TB:	Pulmonar TB+	Pulmonar TB-	TB não TB
	Extrapulmonar	Diagnóstico	
	RX (Resistência: _____)		

Início do tratamento? NÃO / SIM (Data: ____/____/____)

Tipo de medicamentos ARVs - AZT/3TC/NVP - AZT/3TC/ABC - D4T/3TC/NVP - DTG/ABC - DDV/AZT/NVP - O.129

Efeitos colaterais? NÃO / SIM (Tipo: _____)

Alérgico? NÃO / SIM (Tipo: _____)

Notas para o tratamento de TB: _____

Anexo 7. Ficha de Rastreamento de TB em doentes HIV/SIDA (PNCT 14)



Ficha de Rastreamento de TB em Doentes com HIV/SIDA

Tímpano:

Nome:

Província:

PNCT 14

República de Moçambique
Ministério da Saúde
Programa Nacional de Combate de Tuberculose

Sector de Consulta HIV/SIDA

Unidade Sanitária	P Total de novos inscritos HIV	Q Total de novos inscritos HIV rastreados para TB	R Total das respostas identificadas em TB		S Total de pessoas HIV-sensibilizadas em TPI
			(NK- na TB)	(NK-)	
Total do setor					

O rastreio de TB deve ser feito a todos os doentes HIV e as identificações deverão ser feitas em laboratório e confirmadas com isoniazida.

Anexo 8: Ficha clínica de Sarcoma de Kaposi



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Unidade Sanitária:

página 1

FICHA CLÍNICA DE SARCOMA DE KAPOSI

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Apelido: _____

Médico: _____

Telefone: _____ Naturalidade: _____

NIC:

Idade: ____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: M () F () Data Última Menstruação: ____/____/____
 Gravidez: Sim () Não ()

Estado Civil: Solteiro () Casado () Separado () Viúvo ()

Raça: _____

REFERÊNCIA

Referido de: _____ Etiologia de HIV: positivo () negativo () Data de Diagnóstico: ____/____/____

TARV: Sim () Não () Data de Início: ____/____/____ Esquema Terapêutico: _____

DIAGNÓSTICO SARCOMA KAPOSI

Data de Diagnóstico: ____/____/____ Clínica: L () S () E () T () A () C ()

Pontuação das lesões de: _____ Classificação Anos: ____

QUADRO CLÍNICO

Peso: ____ kg Altura: ____ cm Superfície Corporal: ____ m² (calculado)

Localização:

Cutânea: L () _____ (descrever distribuição e quant.)

Mucosa:

Localização: Oral () Palato () Língua () Gengiva () Jugal ()
 Outras: Conjuntiva () Nasal ()

Visceral:

Localização: Pulmão () Fígado () Rim () Intestino ()

Ganglionar:

Localização: Cervical () Axilar () Inguinal ()

Forma Clínica:

Mancha () Ponto () Nódulo () Vegetante () Vermosa ()
 Ulcero () Ganglionar ()

Distribuição:

Face ()
 Membros superiores ()
 Membros inferiores ()
 Genétes ()

Estadiamentos de SK:

Lesões: _____ Sintomas: _____

T0 Lesões isoladas	Capítulo de exemplo: SK oral isolado SK conjuntival SK cutâneo isolado	S1 Lesões isoladas	Capítulo de exemplo: SK oral isolado SK conjuntival SK cutâneo isolado
T1 Lesões isoladas	Capítulo de exemplo: SK oral isolado SK conjuntival SK cutâneo isolado	S2 Lesões isoladas	Capítulo de exemplo: SK oral isolado SK conjuntival SK cutâneo isolado

Resumo Estadiamento:

<input type="checkbox"/> T0 S0	sem prognóstico	<input type="checkbox"/> T1 S0	prognóstico favorável
<input type="checkbox"/> T1 S0	casos isolados	<input type="checkbox"/> T2 S0	prognóstico reservado
<input type="checkbox"/> T2 S0	casos isolados	<input type="checkbox"/> T3 S0	prognóstico reservado

*Gravidade: 0 = Nenhum sintoma; 1 = Sintomas leves; 2 = Sintomas moderados; 3 = Sintomas graves

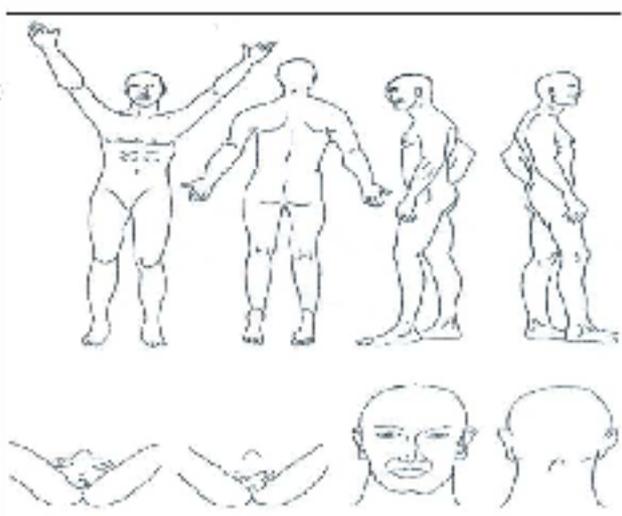
Outras Doenças Associadas:

Tuberculose: Anemia: Infecção bacteriana:

Outras: _____

Abertura da Ficha Clínica:

Data: ____/____/____ Realizada por: _____



ÍNDICE DO KARNOFSKY

100: Totalmente independente, capaz de trabalhar e fazer todos os cuidados pessoais

90: Totalmente independente, com algumas limitações de energia

80: Independente, com limitações de energia e algumas limitações de peso

70: Dependente de cuidados com alimentação e cuidados pessoais

60: Precisa de cuidados com alimentação e cuidados pessoais para a maioria das necessidades

50: Precisa de cuidados com alimentação e cuidados pessoais para a maioria das necessidades

40: Incapaz de cuidar de si mesmo, precisa de assistência

30: Severamente incapacitado, precisa de hospitalização

20: Muito doente, hospitalizado, necessitando de cuidados de suporte hospitalar

10: Mortuário

0: Morto

IMC (Índice de Massa Corporal)

Exemplo: Um indivíduo de 1,70m e 65 kg, tem IMC = 65 / (1,70)² = 22,69 = 22,69 kg/m²

Anexo 9: Ficha clínica de seguimento de Sarcoma de Kaposi

 Ministério da Saúde Unidade Sanitária: _____		pág. 2					
FICHA CLÍNICA DE SARCOMA DE KAPOSI - SEGUIMENTO -							
IDENTIFICAÇÃO	Nome	MUI					
Dados Laboratoriais		Di. / / 200					
Hemoglobina (Hgb)							
Globulos Brancos (GB)							
Linfócitos %							
Neutrófilos %							
Plaquetas (PLA)							
Cd4 %							
Carga Viral							
AST							
ALT							
Tratamento							
Etoposídeo	mg (dose)						
Vincristina	mg (dose)						
Elaftina	Ua (dose)						
	mg (dose)						
	mg (dose)						
Resposta Clínica							
Dor							
Entuma							
Edema							
Úlcera							
Exsudação							
Novas lesões							
Efeitos colaterais							
Anemia							
Neuropatia periférica							
Apetite							
Náuseas							
Vômitos							
Fatigação							
Hipertermia							
Tremores							
Tachicardia sintomática							
Outros sinais diagnósticos							
Re-Tumor							

Símbolos a utilizar:
 ↑ Aumento
 ↓ Diminuição
 → Manutenção
 ○ Absente
 Exemplo: Anemia ↑ (diminuiu)

Ficha 0 - Índice - 2/2007

Anexo 10: Ficha de resumo mensal dos casos de Sarcoma de Kaposi



Ministério da Saúde
Serviço Nacional de Saúde

Província: _____ Distrito: _____
 US: _____ Mês: _____ Ano: _____

Ficha de Resumo Mensal de Casos de Sarcoma de Kaposi

Movimento	< 15 anos		15-34 anos		35 anos ou mais		Total
	F	M	F	M	F	M	
	Total		Total		Total		
Casos Cumulativos no mês anterior							
Casos novos diagnosticados neste mês							
Casos cumulativos							
Estado de seropositividade							
	Positivo						
	Negativo						
SARCOMA DE KAPOSI							
Entradas	Cumulativos do mês anterior (a)						
	Estadamento SK	T1S0					
	T0S1						
	T1S1						
	Casos que iniciaram a Quimioterapia						
	S0 em TARV						
	Casos em Terapia	GT dupla					
	GT tripla						
	Outro						
	Transfêrências de						
	Total de entradas (b)						
Saídas	Remissão Completa						
	Remissão Parcial						
	Abandono						
	Óbitos						
	Transfêrências para						
	Total de saídas (c)						
	Cumulativos no fim do mês (d=(a)-(c))						

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

NOTA: ESTA FICHA DEVE SER ENVIADA PARA A DIREÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE ATÉ AO DIA 5 DE CADA MÊS

Anexo 12: Ficha de Notificação da Profilaxia Pós Exposição

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV

FICHA DE NOTIFICAÇÃO Nº _____

Identificação
 Nome do US a prestar a atenção: _____
 Se é uma referência, nome do US que referir: _____
 Nome: _____ cidade: _____
 Local de trabalho (US e serviço): _____

Acidente
 Data: _____ Hora: _____
 Circunstâncias: _____

Avaliação
 Data: _____ Hora: _____

Condição do eloente fonte
 Teste para HIV: Positivo Negativo Desconhecido
 Teste não disponível Avaliação clínica: Com SIDA Sem SIDA

Condição do trabalhador de saúde
 Teste para HIV: Positivo Negativo Recusa teste
 Teste não disponível Gravida: Sim Não Não se aplica

Avaliação do risco

Tipo de incidente	Desde fonte	
	HIV-1/SIDA	HIV+ SIDA
Exposição massiva: Picada profunda <input type="checkbox"/> Deonúsculo intravascular <input type="checkbox"/> Agulha perfurante de grande calibre <input type="checkbox"/> Produto de isolamento concentrado <input type="checkbox"/>	Iniciar KIT 2 para todos os casos	Data: _____
Exposição intermédia: Corte com um lâminar através das unhas <input type="checkbox"/> Picada superficial com agulha em uso <input type="checkbox"/>	Iniciar KIT 2	Iniciar KIT 1
Exposição mínima: Simples erro de injeção com agulha de suture de pequeno calibre <input type="checkbox"/>	NÃO iniciar PPE	

Tipos de tratamentos:
 Referência para teste e/ou tratamento Análises periódicas. Hemograma
 Não necessita tratamento Kit 1 Kit 2 Transmissíveis VS
 Consultas: _____
 Nome do médico: _____ Categoria: _____
 Data de consulta e seguimento: _____ Referência para: _____

Ficha de seguimento ao trabalhador de Saúde
 Nome da IUT a prestar a atenção: _____
 Se é uma referência, nome da US que referir: _____

Data	semana		semana		MÊS		MÊS	
	2	6	6	6	3	6	6	6
Análises de laboratório								
Hemograma								
VS								
Transmissíveis								
HIV								
estratégia nos hepatites								

Nota: Para a consulta e seguimento (semana 2, 6, mês 3, 6 e 9), por favor deixar, identificar o médico que realizou a atenção e recuar o nome e a avaliação clínica, e/ou análises, referências realizadas, atualizadamente e outros, segundo a necessidade.

Consulta inicial: Data: _____ Nome do técnico: _____

Seguimentos: _____

Alta: Data: _____ Nome do técnico: _____

