

Dados Entidade Encaminhadora

Entidade encaminhadora

Nome(s) do(s) Técnico(s) responsável(eis)

Contactos

Dados Utente

Nome

Data Nascimento

Sexo

Título Residência

☐

N.º SNS

N.º Elementos AF

Contacto Telefónico

Email

Situação de Saúde

Ano diagnóstico infeção

Tipo de infeção

Meio de transmissão da infeção

Terapêutica que cumpre

Número de comprimidos (ARV) que ainda tem na sua posse

Informação sobre a carga viral

☐ Detetável

☐ Indetetável

Outras IST que tem/teve

Comorbilidades

Unidade de Saúde em que é acompanhado

Médica/o(s) responsável(eis) pelo
acompanhamento

Médico de família

Centro de Saúde/USF

História de abuso de substâncias psicoativas

Drogas de abuso

Data do último consumo

Tratamento(s) realizado(s)

Entidade cumpriu tratamento e técnicos

Teste de diagnóstico rápido realizado recentemente, com declaração

Motivo do Encaminhamento

- ☐ Acompanhamento na adesão à terapêutica
- ☐ Apoio na articulação com o SNS
- ☐ TARV
- ☐ PrEp
- ☐ Rastreio rápido ao VIH/SIDA e/ou VHC/VHB
- ☐ Aconselhamento jurídico
- ☐ Acompanhamento Psicológico
- ☐ Apoio Social/Psicossocial

Breve resumo da situação atual e do pedido da/o utente

Consentimento

- ☐ Confirmo que tenho as devidas autorizações e consentimentos da pessoa identificada para proceder ao devido encaminhamento para o CAPS
- ☐ O/A beneficiário/a tem conhecimento do presente encaminhamento?

A preencher pelo **CAPS VIH/SIDA**

Data

Técnico/a

Nota: Preencher a ficha e enviar para caps@gaf.pt. Para mais informações contacte-nos através do 258 829 138.