



**FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO.
TELECLÍNICA ECHO – HIV/AIDS – São Paulo- Brasil**

Caso Novo () Seguimento ()

Data de envio deste formulário		Cidade/local - Estado			Apresentador na clínica ECHO			ECHO ID*	
Problemas do caso a resolver									
Informações do paciente	Idade	Gênero	Forma de contaminação.	Dx HIV	CD4 de entrada	CD4 atual	CV atual	Instituição/ Local de tratamento:	
Coinfecções	HCV POS () NEG () SD ()		HCV /PCR POS () NEG () SD ()	HBV (marque se é positivo) AgHbs () Anti_s () Anti_c ()		Profilaxia ILTB: Sim () Não ()			
						TB previa: Sim () Não ()			
AP	Consumo atual de Drogas Sim () Não () Qual?			Ant. Psiquiátricos:		Situação social:		Nível de escolaridade:	
	É gestante? Sim () Não () Idade gestacional (semanas):			Outros (incluir alergias):					
	Medicação não TARV:								
Historia TARV	Planos			Data de início – Data finalização		Motivo de finalização (abandono, falha, toxicidade, etc.)			
Breve história Clínica atual									
Dados relevantes de Ex. Físico.									

* De uso do Programa Municipal de DST/Aids – Projeto ECHO Brasil.

Nota 1: Se você tiver um teste de genotipagem, anexe a este arquivo.

Nota 2: NÃO inclua nenhum dado do paciente que permita a identificação por terceiros (nome, carteira de identidade, características físicas, etc.)



Dados relevantes de laboratório	
Imagens	
Medicação atual	
Reações adversas	

Uma vez preenchido este formulário, envie o arquivo e seus anexos (se aplicável) para a caixa de correio: echo@prefeitura.sp.gov.br

Em breve e pela mesma via, você será informado da data e hora da teleconferência onde você apresentará o caso.