



**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.)



<b>Dados relevantes de laboratório</b>	
<b>Imagens</b>	
<b>Medicação atual</b>	
<b>Reações adversas</b>	

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