



## FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO.

CLÍNICA ECHO – **IST**– São Paulo- Brasil

Caso novo  Seguimento

Data de envio deste formulário		Cidade/local- Estado			Apresentador na clínica ECHO			Echo ID*
Problemas a resolver								
Informações do paciente	Idade	Genero	Práticas sexuais	No. Parcerias (último mes)	No. Parcerias (12 meses)	Uso preservativo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/>	Instituição/ Local de tratamento:	
	É PVHIV? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Em uso de TARV? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>					
AP	Nível de escolaridade:		Antecedentes de DST? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?		Consumo atual de Drogas Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?		Situação de vulnerabilidade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?	

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

Nota 1: NÃO inclua nenhum dado do paciente que permita a identificação por terceiros (nome, carteira de identidade, características físicas, etc.)

Revisado 23/10/2018

	<p><b>E gestante?</b></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p><b>Idade gestacional (semanas)</b></p>	<p><b>Outros (incluir alergias):</b></p>
	<p><b>Faz uso contínuo de alguma medicação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></b></p> <p><b>Qual?</b></p>	
<p><b>História clínica atual</b></p>		
<p><b>Dados relevantes de Ex. Físico</b></p>		
<p><b>Dados relevantes de laboratório</b></p>		
<p><b>Tratamento realizado / reações adversas</b></p>		
<p><b>Resposta terapêutica</b></p>		
<p><b>Seguimento</b></p>		
<p><b>Considerações finais</b></p>		

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

**Nota 1: NÃO inclua nenhum dado do paciente que permita a identificação por terceiros (nome, carteira de identidade, características físicas, etc.)**

Revisado 23/10/2018



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.

---

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

*Nota 1: NÃO inclua nenhum dado do paciente que permita a identificação por terceiros (nome, carteira de identidade, características físicas, etc.)*

*Revisado 23/10/2018*