|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**  **Fatores de Risco para HCV, HBV, HIV em coinfectados com Tuberculose na população carcerária de Campo Grande - Mato Grosso do Sul** |  | | |
| INFORMAÇÕES GERAIS | | | |
| 1. Número do questionário \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  2. Responsável pela coleta de dados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Data da coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  4. Digitador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Data da digitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  6. Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Presídio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8. Pavilhão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Identificação da cela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Identificação do participante (Iniciais do Nome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  11. Sexo: \_\_  12. Data de Nascimento: *\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_*  13. Cidade/Estados de origem:\_\_\_\_\_\_\_\_  14. Qual sua cor ou raça? (1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda  15. Estado civil: (1) Casado ou tem companheiro(a) (2) Viúvo(a) (3) Separado(a)/Divorciado(a) (4) Solteiro(a)  16. Qual foi a última série escolar que você cursou e foi aprovado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  17. Trabalhava antes de ser preso? Tipo de trabalho?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | *1.\_\_\_\_\_\_*  *2.\_\_\_\_\_\_\_\_*  *3.\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*  *4.\_\_\_\_\_\_\_\_*  *5.\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*  *6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *7.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *8.\_\_\_\_\_\_*  *9.\_\_\_\_\_\_*  *10.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *11.\_\_\_\_\_*  *12.\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*  *13.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *14.\_\_\_\_\_\_*  *15.\_\_\_\_\_\_*  *16.\_\_\_\_\_\_*  *17.\_\_\_\_\_\_* | |
| **DROGAS** | | | |
| 18. Qual seu peso? \_\_ \_\_ \_\_  19. Qual sua altura? \_\_ \_\_ \_\_  20. Você toma alguma medicação? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Se não, pular para a questão 22**  21. Se sim, especifique qual medicação faz uso? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Histórico de drogas e álcool**  22. Você fuma? \_\_ **(1) Sim (2) Não**. **Se não, pular para a questão 25.**  23. Sem sim, quantos cigarros você fuma por dia? \_\_ \_\_  24. Se sim com que idade começou?\_\_\_\_\_  25.Você já fumou? (1) Sim (2) Não  **Você já usou alguma das seguintes drogas:**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Você usou no último ano?  **(1) Sim**  **(2) Não** | Quantas vezes você a usou?  **(1) Menos de uma vez na semana**  **(2) 1-2 vezes na semana**  **(3) + de 3 vezes na semana**  **(4) Todos os dias** | Durante:  **(1) Dia**  **(2) Noite**  **(3) Os dois** | Em:  **(1) Dias de semana**  **(2) Finais de semana**  **(3) Os dois** | Você usou na prisão?  **(1) Sim**  **(2) Não** | | Álcool | 26. | 35. | 44. | 53. | 62. | | Maconha | 27. | 36. | 45. | 54. | 63. | | Cocaína | 28. | 37. | 46. | 55. | 64. | | Crack (pedra) | 29. | 38. | 47. | 56. | 65. | | Fumou heroína | 30. | 39. | 48. | 57. | 66. | | Cheirou cola/ outros solventes | 31. | 40. | 49. | 58. | 67. | | Pasta base | 32. | 41. | 50. | 59. | 68. | | Haxixe | 33. | 42. | 51. | 60. | 69. | | Injetou alguma droga? Quais: | 34. | 43. | 52. | 61. | 70. | | *18.\_\_\_\_\_*  *19.\_\_\_\_\_*  *20.\_\_\_\_\_*  *21.\_\_\_\_\_*  *22.\_\_\_\_\_*  *23.\_\_\_\_\_*  *24.\_\_\_\_\_*  *25.\_\_\_\_\_*  *26.\_\_\_ 27.\_\_\_ 28.\_\_\_*  *29.\_\_\_ 30.\_\_\_ 31.\_\_\_*  *32.\_\_\_ 33.\_\_\_ 34.\_\_\_*  *35.\_\_\_ 36.\_\_\_ 37.\_\_\_*  *38.\_\_\_ 39.\_\_\_ 40.\_\_\_*  *41.\_\_\_ 42.\_\_\_ 43.\_\_\_*  *44.\_\_\_ 45.\_\_\_ 46.\_\_\_*  *47.\_\_\_ 48.\_\_\_ 49.\_\_\_*  *50.\_\_\_ 51.\_\_\_ 52.\_\_\_*  *53.\_\_\_ 54.\_\_\_ 55.\_\_\_*  *56.\_\_\_ 57.\_\_\_ 58.\_\_\_*  *59.\_\_\_ 60.\_\_\_ 61.\_\_\_*  *62.\_\_\_ 63.\_\_\_ 64.\_\_\_*  *65.\_\_\_ 66.\_\_\_ 67.\_\_\_*  *68.\_\_\_ 69.\_\_\_ 70.\_\_\_* | | |
| TUBERCULOSE | | | |
| **Histórico de sinais e sintomas relacionados a tuberculose**  71. Onde estava quando diagnosticado com tuberculose? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  72. Quando foi realizado o último tratamento?\_\_ \_\_ meses.  73. Esquema utilizado (o último):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  74. Tempo que usou a medicação (o último): \_\_ \_\_  75. Tipo de alta (a última): **\_\_ (1) Cura (2) Abandono (3) em tratamento (4) Não sabe**  76. Você conheceu alguém com TB? \_\_ **(1) Sim (2) Não (3) Não sabe. Se não, vá para a questão 78**  77. Você tem contato com essa pessoa? \_\_ **(1) Menos de uma vez na semana (2) 1-2 vezes na semana**  **(3) + de 3 vezes na semana (4) Todos os dias**  78. Há pessoas na sua cela com tosse, febre ou emagreceu? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  79. Você tem tosse? **(1) Sim (2) Não. Se não vá para a questão 81.**  80. Por quantas semanas? \_\_ \_\_  81. Você tem expectoração? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Se não vá para a questão 84.**  82. Sua expectoração tem sangue? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  83. Por quantas semanas? \_\_ \_\_  84. Você tem febre? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  85. Você sente falta de apetite? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  86. Você emagreceu ou está emagrecendo? \_\_ **(1) Sim (2) Não.**  87. Você tem sudorese noturna? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Se não vá para a questão 89**  88. Por quantas semanas ou dias? \_\_\_  89. Você sente dor torácica? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  90 Você sente dificuldade para respirar? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  91. Faz quanto tempo que você esta preso? \_\_\_\_\_\_\_  92. Já esteve preso antes? (1) Sim (2) Não. Por quanto tempo?\_\_\_\_\_\_  93. No total por quanto tempo já esteve preso?\_\_\_\_\_\_  94**.**Quanto tempo ficou em liberdade?\_\_\_\_\_\_\_\_\_  95 Você foi transferido quantas vezes de presídio? \_\_\_\_\_\_  96 Em quantas alas diferentes você passou neste presídio?  **\_\_\_**  97 Em quantas celas você passou neste presídio?\_\_\_\_\_\_  98. Qual o tamanho da cela? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  99. Quantas pessoas na sua cela?\_\_\_\_\_\_\_\_  100.Você tem a marca da vacina BCG no braço direito? Posso ver? (1) Sim (2) Não | | | *71.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *72.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *73.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *74.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *75.\_\_\_\_\_*  *76.\_\_\_\_\_*  *77.\_\_\_\_\_*  *78.\_\_\_\_\_*  *79.\_\_\_\_\_*  *80.\_\_\_\_\_*  *81.\_\_\_\_\_*  *82.\_\_\_\_\_*  *83.\_\_\_\_\_*  *84.\_\_\_\_\_*  *85.\_\_\_\_\_*  *86.\_\_\_\_\_*  *87.\_\_\_\_\_*  *88.\_\_\_\_\_*  *89.\_\_\_\_\_*  *90.\_\_\_\_\_*  *91.\_\_\_\_\_*  *92.\_\_\_\_\_*  *93.\_\_\_\_\_*  *94.\_\_\_\_\_*  *95.\_\_\_\_\_*  *96.\_\_\_\_\_*  *97.\_\_\_\_\_*  *98.\_\_\_\_\_*  *99.\_\_\_\_\_*  *100.\_\_\_\_* |
| **DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS** | | | |
| 101. Você tem ou teve alguma doença sexualmente transmissível? \_\_ **(1) Sim (2) Não (3) Não sabe**    102. Qual doença?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Se não vá para a questão 107.**  103. Qual o nome da medicação para o tratamento utilizado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  104. Quantos tratamentos foram realizados? \_\_\_  105. Onde foi realizado o tratamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  106. Há quanto tempo foi realizado o último tratamento?\_\_\_\_ meses.  107. Você tem HIV, HBV, HCV e/ou Sífilis? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Qual? \_\_\_\_\_\_**  108.Conhece as formas de transmissão da hepatite B e C? **(1) Sim (2) Não**  109. Você fez alguma transfusão sanguínea? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Se não, pular para a questão 111**  110. Se sim, em que ano?\_\_\_\_\_\_\_\_\_  111. Você tem tatuagem? (1) Sim (2) Não. Se sim, quantas? \_\_\_\_\_\_ **Se não, pular para a questão 113**  112. Tipo da tatuagem: **\_\_ (1) caseira (2) profissional**  113. Você tem piercing? (1) Sim (2) Não. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_  114. Trabalha ou já trabalhou como profissional do sexo? (1) Sim (2) Não  115. Você tem ou teve corrimento uretral? \_\_ **(1) Sim (2) Não**    116. Você tem ou teve verruga no pênis ou vagina? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  117. Você tem alguma mancha na região palmar ou plantar?\_\_\_**(1)Sim (2)Não**  118. Você tem ferida no pênis ou vagina? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  119. Você teve relação sexual com parceiro usuário de droga ilícita não-injetável? \_\_  **(1) Sim (2) Não**  120. Você teve relação sexual com usuário de droga injetável?  **(1) Sim (2) Não**  121. Você teve relação sexual com parceiro com HIV? \_\_  **(1) Sim (2) Não**  123. Tem parceiro sexual fixo? \_\_  **(1) Sim (2) Não**  124. Se sim, há quantos tempo? \_\_  125. Quanto tempo faz que teve a última relação sexual? \_\_\_\_meses  126. Qual a quantidade de parceiros no último ano? **\_\_ \_\_**  127. Qual sua orientação sexual? \_\_ **(1) homossexual** **(2) heterossexual (3) bi**  128. Se for heterossexual, você já teve alguma relação homossexual? \_\_ **(1) Sim (2) Não**  129. Você usa camisinha nas relações sexuais? **\_\_ (1) Sempre (2) Ás vezes (3) Nunca**  130. Práticas sexuais frequentes? (1) Oral (2) Vaginal (3) Anal  131. Você já compartilhou seringas/agulhas? \_\_  **(1) Sim (2) Não**  132. Você compartilhou objetos para realizar tatuagem, alicate, aparelho de barbear, para uso de droga inalatória? \_\_  **(1) Sim (2) Não**  133. Realizou alguma cirurgia? \_\_  **(1) Sim (2) Não. Se não, pular para a questão 135**  134. Se sim, em que ano?\_\_\_\_\_\_\_  135. Já tomou vacina da hepatite B? \_\_  **(1) Sim (2) Não. Se não, pular para a questão 137.**  136. Se sim, quantas doses? \_\_  137. Se gestante, qual semana de gestação?\_\_\_\_\_\_\_\_**( ) Não se aplica**  138. Realizou o Pré-Natal? **(1) Sim (2) Não ( ) Não se aplica** | | | *101.\_\_\_\_*  *102.\_\_\_\_*  *103.\_\_\_\_*  *104.\_\_\_\_*  *105.\_\_\_\_*  *106.\_\_\_\_*  *107.\_\_\_\_*  *108.\_\_\_\_*  *109.\_\_\_\_*  *110.\_\_\_\_*  *111.\_\_\_\_*  *112.\_\_\_\_*  *113.\_\_\_\_*  *114.\_\_\_\_*  *115.\_\_\_\_*  *116.\_\_\_\_*  *117.\_\_\_\_*  *118.\_\_\_\_*  *119.\_\_\_\_*  *120.\_\_\_\_*  *121.\_\_\_\_*  *122.\_\_\_\_*  *123.\_\_\_\_*  *124.\_\_\_\_*  *125.\_\_\_\_*  *126.\_\_\_\_*  *127.\_\_\_\_*  *128.\_\_\_\_*  *129.\_\_\_\_*  *130.\_\_\_\_*  *131.\_\_\_\_*  *132.\_\_\_\_*  *133.\_\_\_\_*  *134.\_\_\_\_*  *135.\_\_\_\_*  *136.\_\_\_\_*  *137.\_\_\_\_*  *138.\_\_\_\_* |
| **EXAMES REALIZADOS** | | | |
| **Prova tuberculínica**  139. Realizada em: **\_\_ (1) MSE (2) MSD**  140. Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_h \_\_\_min.  **Avaliação:**  141. Data da avaliação: \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_h \_\_\_\_min.  142. Resultado: \_\_\_\_\_ mm  **Escarro**  **1ª amostra**  143. Colhido: \_\_ **(1) Sim (2) Não**  144. Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_h \_\_\_\_min.  145. Colhido em jejum: **\_\_ (1) Sim (2) Não**  146. Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **2ª amostra**  147. Colhido: \_\_ **(1) Sim (2) Não**  148. Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_h \_\_\_\_min.  149. Colhido em jejum: **\_\_ (1) Sim (2) Não**  150. Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cultura**  151. Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Bioquímica**  **152.** AST:\_\_\_\_\_\_\_  **153.** ALT:\_\_\_\_\_\_\_  **Sorologias**  154.Data da coleta de sangue: **\_\_/\_\_/\_\_\_\_**  155. HBsAg: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**  156. Anti-HBs: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**  157. Anti-HBc total: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**  158. Anti-HCV: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**  159. Anti-HIV 1/ 2: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**  160. Anti-Tpallidum\_\_\_\_ **(1) Reagente (2) Não-reagente**  161. VDRL\_\_\_\_ **(1)Reagente (2)Não Reagente**  162. Título:\_\_\_\_\_ | | | *139. \_\_*  *140. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *141. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *142. \_\_*  *143. \_\_*  *144. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *145. \_\_*  *146. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *147. \_\_*  *148. \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ ­­\_\_\_\_\_\_\_\_*  *149. \_\_*  *150. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *151. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *152.\_\_\_\_\_\_\_\_*  *153.\_\_\_\_\_\_\_\_*  *154. \_\_/\_\_/\_\_\_\_*  *155. \_\_*  *156. \_\_*  *157. \_\_*  *158. \_\_*  *159. \_\_*  *160. \_\_*  *161. \_\_*  *162.\_\_* |