



MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PNC ITS, HIV/SIDA

Recipient of Care Booklet



Introduction 1/2

- Access to clinical, lab, and drugs pick up information is crucial for the correct follow up of RoC, mainly for mobile and displaced populations.
- In recent years, the country is being deeply affected by military conflicts and natural disasters, leading to an increase in the number of mobile and displaced populations.
- The current ART referral guide does not capture complete information for the comprehensive follow up of RoC who move from one HF to another.

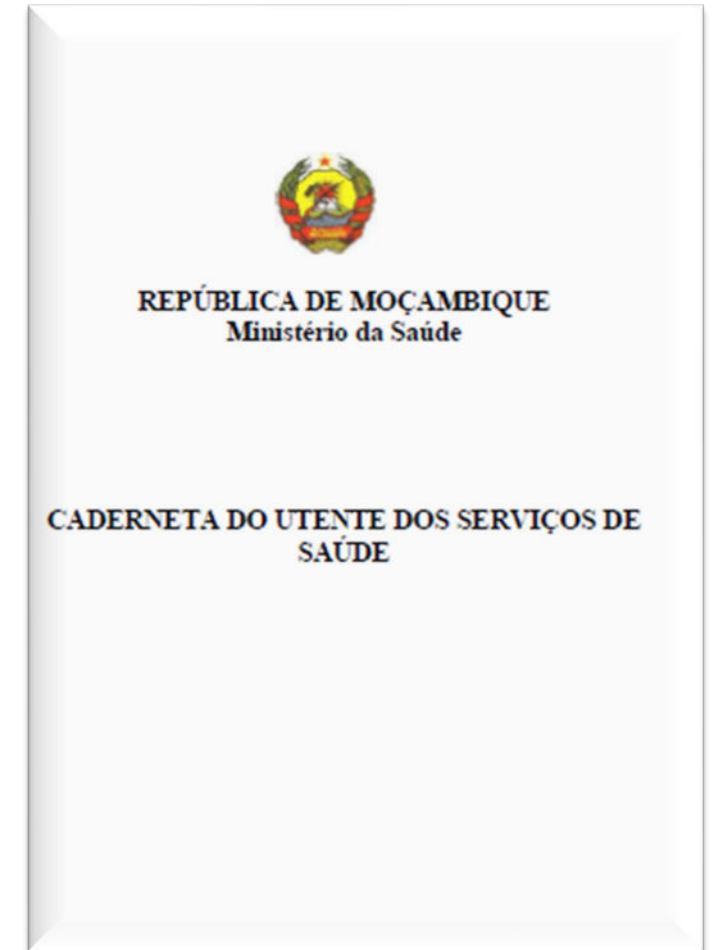


Introduction 2/2

The RoC booklet is a tool that facilitates the continuation of prevention and care and treatment services for RoC who move from one HF to another.

It is kept by the RoC and presented wherever the RoC seeks health care services.

The booklet is not a substitute to any tools that are currently being used to capture the RoC data at HF level.



Implementation

- **1^a phase 2022 :**
 - PrEP Clients
 - RoC on ART, receiving services in emergency settings.
- **2^a phase 2023:**
 - New ART initiations in all 11 provinces



Demonstration



INTRANSMISSÍVEL

Este documento é de extrema importância para a recepção de cuidados de saúde em qualquer Unidade Sanitária do país, pelo que deve ser devidamente conservado e levado pelo utente sempre que procurar por cuidados de saúde.

A quem encontrar este documento, pede-se o favor de entregar urgentemente a Unidade de Saúde mais próxima.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde

**CADERNETA DO UTENTE DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE**



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo _____

Sexo: ____ ¹Idade: ____ Data de Nasc. ____/____/____

Província: _____ Distrito _____

Localidade/Bairro _____

Quarteirão _____ Casa n° _____

Unidade Sanitária: _____

NID _____/____/____

Tel. Cel. do utente _____

Tel. Cel. do confidente _____

Grupo sanguíneo _____

Data de abertura da caderneta: ____/____/____

¹Se idade inferior a um ano, escrever em meses

ACTUALIZAÇÃO DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

(Em caso de mudança de residência ou de contacto)

Província: _____ Distrito _____

Localidade/Bairro _____

Quarteirão _____ Casa n° _____

Unidade Sanitária: _____

Tel. Cel. do utente _____

Tel. Cel. do confidente _____



FICHA RESUMO PARA A DOENÇA AVANÇADA**Motivo**

CD4 < 200 cels/ml	
Tuberculose disseminada	
Meningite criptocócica	
Criptococcemia (sem meningite)	
Sarcoma de Kaposi	
Criança < 5 anos	
Outra: _____	

Data do diagnóstico de DA ____ / ____ / ____

Profilaxia/Tratamento da Meningite Criptocócica

Indução 1 (1 semana): Anfotericina + Flucitosina

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Indução 2 (1 semana): Fluconazol 1200 mg/dia

(6 comprimidos)

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Consolidação (8 semanas): Fluconazol 800 mg/dia

(4 comprimidos)

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Manutenção (profilaxia 2ª): Fluconazol 200 mg/dia

(1 comprimido)

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ (mínimo)

Data da suspensão: ____ / ____ / ____

(12 meses desde o início do tratamento, CV indetectável e CD4 ≥ 100 cels/ml)

NOTAS/OBSERVAÇÕES



CONSULTA CLÍNICA

Data	US	Diagnóstico*

*Se for Mulher Grávida ou Lactante escrever MG ou ML

7

Medicação	Data próx Consulta

*Se for Mulher Grávida ou Lactante escrever MG ou ML

8



LEVANTAMENTO DE ARV: TARV PrEP

Data do levantamento	Linha	Tipo de dispensa	Data prox. Levantamento
Distrito	Regime		
Nome da US	Dosagem		
		DM	
		DT	
		DS	
		DM	
		DT	
		DS	
		DM	
		DT	
		DS	
		DM	
		DT	
		DS	

13

LEVANTAMENTO DE ARV: TARV PrEP

Data do levantamento	Linha	Tipo de dispensa	Data prox. Levantamento
Distrito	Regime		
Nome da US	Dosagem		
		DM	
		DT	
		DS	
		DM	
		DT	
		DS	
		DM	
		DT	
		DS	
		DM	
		DT	
		DS	

14



**PROFILAXIA PARA A TB:
ISONIAZIDA/3HP/LEVOFLOXACINA**

Data do levantamento	Regime	Tipo de dispensa	Data prox. Levantamento
Nome da US	Dosagem		
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	

**PROFILAXIA PARA OUTRAS IO: CTX,
FLUCONAZOL, ETC.**

Data do levantamento	Regime	Tipo de dispensa	Data prox. Levantamento
Nome da US	Dosagem		
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	
		DM	
		DT	



Thank You

