



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Coordenação Estadual de DST/Aids

Formulário de Identificação da Rede de Atendimento PEP - anexo 3

CRS: _____ Município: _____

Identificação da(s) instituição(s) que realiza(m) atendimento 24h para profilaxia pós exposição ao HIV

Nome da Instituição: _____

Endereço: _____

Profissional responsável: _____

Telefone: (____) _____

Identificação da instituição 24h que dispensa os ARV

Nome da Instituição: _____

Endereço: _____

Profissional responsável pelos medicamentos : _____ Função: _____

Telefone: (____) _____

Identificação do Serviço de Assistência Especializada - seguimento do caso da pós exposição ao HIV:

Local de seguimento do caso: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____

UDM de referência para dispensa dos ARVs ao usuário: _____

Identificação dos locais de acolhimento e avaliação da pós exposição ao HIV:

1. _____

2. _____

Fluxos de atendimento da profilaxia pós exposição ao HIV estabelecidos:

Observções:

Responsável pelas informações: _____

Data: _____ Telefone: _____

assinatura