

INDICADORES

Atividade	Objetivo	Indicador
Admissão dos utentes	Garantir que, ao fim do primeiro ano, se atinge 80% da capacidade máxima de consumos vigiados por dia.	Nº de utilizadores de SPA registados no PCV
		Nº de utilizadores de SPA atendidos /dia
		N.º total de consumos assistidos/dia
		N.º diário de consumos assistidos fumados /Nº de consumos assistidos *100
		N.º diário de consumos assistidos endovenosos / Nº de consumos assistidos *100
Apoio em situações de emergência (dose excessiva)	Reduzir o número de mortes por dose excessiva ocorridas e evitadas no âmbito do funcionamento do programa.	Nº de óbitos ocorridos no âmbito do funcionamento do PCV, por dose excessiva de SPA
		Nº de utilizadores expostos a dose excessiva de SPA no âmbito do funcionamento do PCV
		N.º de utilizadores do PCV a quem foi administrada naloxona nasal
Educação para a saúde	Reduzir em 50% o número de consumos na via pública nos utilizadores de SPA registados no PCV, até ao fim da fase experimental.	N.º de utilizadores registados no PCV que deixaram de consumir em espaço público nas imediações da estrutura amovível durante o seu período de funcionamento.
		Nº de utilizadores do PCV que frequentaram as sessões/Nº de sessões de educação para a saúde realizadas
	Reduzir em 50% o material de consumo utilizado deixado nas imediações da sala .	Nº de utilizadores do PCV que alteraram práticas/via de consumo /Nº total de utilizadores do PCV *100
		Nº de seringas recolhidas nas imediações da estrutura amovível durante o seu período de funcionamento.

Disponibilização de material preventivo	Garantir que 100% dos utilizadores da sala de consumo tenham acesso a material para consumo fumado.	Nº de cachimbos distribuídos
	Garantir que 100% dos utilizadores da sala de consumo tenham acesso a material para consumo injetado;	Nº de seringas distribuídas
	Garantir que 100% dos utilizadores do PCV tenham acesso a material de prevenção de risco sexual;	Nº de preservativos distribuídos
Rastreios de doenças infecciosas: VIH, VHC, VHB, IST, TB	Promover o conhecimento do estatuto serológico a 80 % dos utilizadores do PCV	Nº de utentes rastreados / nº total de utentes do PCV*100
	Referenciar 100% dos casos reativos para VIH, VHC, VHB e TB para consulta de especialidade.	Nº de utentes reativos/Nº de utentes rastreados Nº de utentes reativos com consulta da especialidade efetuada. Nº de utentes acompanhados a consulta hospitalar da especialidade.
Orientação para os serviços de apoio do PCV	Garantir cuidados médicos e de enfermagem a 100% dos utilizadores que deles necessitem.	N.º de utilizadores que receberam cuidados/n.º de utilizadores que necessitaram
	Garantir apoio psicológico a 100% dos utilizadores que o solicitem.	N.º de utilizadores que receberam apoio psicológico/n.º de utilizadores que solicitaram
	Garantir apoio social a 100% dos utilizadores que o solicitem.	N.º de utilizadores que receberam apoio social/n.º de utilizadores que solicitaram
Vacinação: VHB, VHA e gripe	Promover a abrangência de 80% dos utentes do PCV pelo Plano Nacional de Vacinação, até ao fim da fase experimental.	Nº de utilizadores vacinados no âmbito do PCV
	Promover a inscrição dos utilizadores do PCV nos CSP, até ao fim da fase experimental.	Nº de utilizadores do PCV inscritos nos ACeS /Nº total de utilizadores do PCV *100

Referenciação para estruturas hospitalares, cuidados de saúde primários, respostas sociais e respostas integradas no âmbito de comportamentos aditivos e dependências

Promover a inscrição dos utilizadores do PCV nos CRI, até ao fim da fase experimental.

Nº de utilizadores do PCV inscritos nos CRI /Nº total de utilizadores do PCV *100

Promover o acesso dos utilizadores do PCV aos apoios sociais.

Nº de utilizadores do PCV que solicitaram respostas/apoios sociais

Promover a (Re) ligação aos cuidados de saúde e tratamento

Nº de utilizadores do PCV que beneficiam de apoios sociais /Nº total de utilizadores do PCV *100

Promover a Adesão Terapêutica Sobre a forma de Toma sob Observação Direta

Nº de utilizadores do PCV que foram reintegrados em consultas da especialidade

Nº de utilizadores do PCV que iniciaram ou reiniciaram tratamento da patologia infecciosa, psiquiátrica, outra.

Nº de utilizadores do PCV que efetuam TOD

Motivos de Saída

Monitorizar a taxa de abandono/ motivos de saída do PCV

Nº de utentes que saíram do PCV para integrar um projeto mais estruturado de reabilitação

Nº de utentes que saíram por incumprimento

Nº de utentes que saíram devido a detenção

Nº de óbitos

Nº utentes que abandonaram o PCV

Registo de Admissão PCV Porto			
Data de Nascimento			
Sexo			
Nacionalidade			
1ª Inicial do Nome+1ª Inicial Apelido			
ID (Código alfanumérico)		Construção do Código: 1ª Inicial do primeiro Nome + 1ª Inicial do último apelido, seguida de data de nascimento/sexo/Nacionalidade Ex: MS200519830001	
Data do registo: dia/mês/ano			
Hora entrada			
Tipo de consumo pretendido			
Injetável			
Fumado/Inalado			
Utilizador de Alto Risco (consumo por via endovenosa e/ou policonsumos e/ou manutenção de consumos apesar de comorbidades – físicas ou psíquicas)		Sim/Não	
Substância a consumir		SIM	NÃO
			NS
Heroína (não combinada com cocaína)			
Cocaína (não combinada com heroína)			
Crack/ Base de cocaína			
Heroína e cocaína combinadas (<i>speedball</i>)			
Cannabis			
Anfetaminas			
Ecstasy/ MDMA			
Outros estimulantes			
Ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos			
Alucinogéneos (LSD, cogumelos, ketamina, etc.)			
Metadona (não prescrita)			
Buprenorfina (não prescrita)			
Outros? _____			
Último consumo			
Data			
Hora /Substância			
Local			
Via			
SPA/ Frequência de consumo			
(1) Uma vez por semana ou menos			
(2) 2 a 3 dias por semana			
(3) 4 a 6 dias por semana			
(4) 7 dias por semana			
(5) Desconhecido			
Droga principal			
Já teve alguma sobredosagem de PSA (Overdose)			
Já fez Naloxona?			
Hora de Saída			
Assinatura do Técnico			

OBS: Esta ficha deve ser preenchida em todos utilizadores que acedam ao programa (uma única vez).

Registo de Consumos (frequentador)			
ID (Código alfanumérico)			
Data do registo: dia/mês/ano			
Hora entrada			
Tipo de consumo pretendido			
Injetável			
Fumado/Inhalado			
Substância a consumir			
	SIM	NÃO	NS
Heroína (não combinada com cocaína)			
Cocaína (não combinada com heroína)			
Crack/ Base de cocaína			
Heroína e cocaína combinadas (<i>speedball</i>)			
Cannabis			
Anfetaminas			
Ecstasy/ MDMA			
Outros estimulantes			
Ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos			
Alucinogéneos (LSD, cogumelos, ketamina, etc.)			
Metadona (não prescrita)			
Buprenorfina (não prescrita)			
Outros? _____			
Último consumo			
Data			
Hora/ Substância			
Local			
Via			
Hora de Saída			
Utilização de outros serviços			
Consulta médica			
Consulta enfermagem			
Consulta de Psicologia			
Apoio Social			
Rastreios			
TOD			
Assinatura do Técnico			

Ficha de Caracterização PCV Porto						
ID (Código alfanumérico)						
Data(s) Recolha dos Dados						
Ico(s) Responsável(eis) pelo preenchimento						
Identificação						
1ª Inicial do Nome+1ª Inicial Apelido						
Idade (anos)						
Género		feminino	masculino			
No caso de ser mulher, está grávida?		sim	não			
Onde reside?		Distrito		Concelho		
Nacionalidade		Portuguesa	Outra	Se Sim, está em situação irregular?		
N.º Utente SNS						
NISS						
Estado Civil:		Solteiro/ Casado / União de Facto Divorciado / Separado/viuvo/outro				
Habilitações Literárias		Ensino Básico/ Ensino Secundário/Ensino Superior/ Não sabe ler nem escrever/Sabe ler ou escrever mas não possui grau de ensino				
Situação profissional		Trabalho estável/ Trabalho ocasional/ Desempregado/Doméstica/ Estudante/ Formação profissional/ Reformado (invalidez/por idade)/ Outra				
Fontes de rendimento		Trabalho/ reforma/a cargo familiares/ a cargo instituição/ subsídios temporários/mendicidade/atividades ilícitas/trabalho sexual/arrumar carros/outra				
Tipo alojamento		Familiar clássico/ familiar não clássico (barraca, improvisado, alojamento móvel, ...)/ albergue ou casa abrigo/ hotéis pensões e similares/outro alojamento coletivo de convivência/ rua/ casa abandonada/outra				
Agregado Familiar		Vive sozinho/com família/com companhia/tem filhos/rendimentos do agregado/consumos agregado familiar				
CAD agregado familiar						
Rendimentos agregado familiar						
Apoios Sociais		Beneficia de algum apoio social ?			se Sim, qual?	
História de Consumo de SPA						
Tipo SPA	Nunca consumiu	Anos consumo	A última vez que consumiu foi			Via consumo (ev, f, o, ns)
			há mais de 1 ano	últ. ano	últ. 30 dias	
Heroína (não combinada com cocaína)						
Cocaína (não combinada com heroína)						
Crack/ Base de cocaína						
Heroína e cocaína combinadas (<i>speedball</i>)						
Cannabis						
Anfetaminas						
Ecstasy/ MDMA						
Outros estimulantes						
Ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos Alucinógenos (LSD, cogumelos, ketamina, etc.)						
Metadona (não prescrita)						
Buprenorfina (não prescrita)						
Outros? _____						
Álcool						
Caracterização consumo						
Frequência de consumo			Via consumo			

Tipo SPA	1 a 2 dias/semana ou menos	3 a 6 dias/semana	todos os dias/semana	Fumada/inalada	Snifada/nasal	Injetada
Caracterização consumo últimos 30 dias						
Heroína (não combinada com cocaína)						
Cocaína (não combinada com heroína)						
Crack/ Base de cocaína						
Heroína e cocaína combinadas (<i>speedball</i>)						
Cannabis						
Anfetaminas						
Ecstasy/ MDMA						
Outros estimulantes						
Ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos Atuamogêneos (LSD, cogumelos, ketamina, etc.)						
Metadona (não prescrita)						
Buprenorfina (não prescrita)						
Outros?						
Álcool						
Tratamentos anteriores						
Realização de algum Tratamento	Ao Longo da Vida	Nos Últimos 30 Dias				
Sim						
Não						
Se realizou algum tratamento, onde?						
Equipa de Tratamento/ CRI						
Centro de Saúde						
Hospital						
Médico Particular						
Comunidade Terapêutica						
Estabelecimento Prisional						
Tratamento farmacológico						
Metadona						
Buprenorfina						
Antagonista						
Específico para o álcool						
Realização de desabitação ao consumo						
Sim						
Não						
Se realizou desabitação do consumo:	Ao Longo da Vida	Últ. 30 Dias				
Paragem (sem orientação médica, seja a frio ou com medicamentos adquiridos pelo						
Ambulatório						
Internamento						
Realização de Programa Substituição Opiáce	Ao Longo da Vida	Últ. 30 Dias				
Sim						
Não						
Se sim, onde foi administrado?	Ao Longo da Vida	Últ. 30 Dias				
Equipa de Tratamento/ CRI						
Equipa de Rua						
Unidades Móveis						
Gabinete de Apoio						
Outro (especifique)						

Comportamentos de Risco nos últimos 30 dias						
Consumo via injetada?	Sim/ Não					
Injecta drogas sozinho?	Sim/Não					
Injecta drogas em que local?	Rua / Local Público/ Casa de Conhecidos/ Casa Abandonada/ Casa Própria/ Outro					
Se injecta drogas varia o ponto de injeção?	Sim/Não					
injecta drogas desinfecta o local de injeção?	Sim/Não					
zona do corpo onde frequentemente injeta?	Veias braços/antebraço Veias membros inferiores Veias / Artérias do pescoço Pés Veias Genitais Dedos/ mãos Outra					
Partilha material de consumo?	Sim/Não					
Se sim:						
Emprestou material de consumo	Sempre/ Quase Sempre/ Algumas Vezes /Nunca					
Utilizou material de consumo emprestado	Sempre/ Quase Sempre/ Algumas Vezes /Nunca					
zou material de consumo encontrado na rua	Sempre/ Quase Sempre/ Algumas Vezes /Nunca					
Material de consumo partilhado?	Agulha/ Algodão / Filtro/ Cachimbo / Garrafa/ Prata/ Recipiente / Colher/ Seringa/ Toalhete/ Tubo de Fumar /Tubo de Inalar/ Tubo de Snifar/ Outro					
Onde obtém o material para consumo?						
Equipa de Rua						
Farmácia						
outro						
deixar o material utilizado para o consumo?						
via pública						
entrega na equipa de Rua						
entrega na farmácia						
Tem parceiro sexual?	Sim/Não					
Se sim, quantos?	Um parceiro/ Vários					
Nos últimos 30 dias, teve alguma relação sexual sem proteção?	Sim/Não					
utiliza sempre o preservativo com o parceiro	Sim/Não					
Regular?	Sim/Não					
Ocasional?	Sim/Não					
Comercial?	Sim/Não					
Dados Clínicos (doenças infecciosas)						
Situação face a				Em caso de positivo, está em tratamento?		Data da última análise
Infeção pelo VIH	negativo	positivo	desc.	sim	não	
Infeção pelo VHB	negativo	positivo	desc.	sim	não	
Infeção pelo VHC	negativo	positivo	desc.	sim	não	
Tuberculose	negativo	positivo	desc.	sim	não	
IST (especifique)	negativo	positivo	desc.	sim	não	
Se Desconhecido ou Negativo		Data: dia/mês/ano	Resultado			
Realizou Teste Rápido VIH no PCV	Sim/Não		Reativo/ Não Reativo			
Realizou Teste Rápido VHC no PCV	Sim/Não		Reativo/ Não Reativo			
Realizou Teste Rápido VHB no PCV	Sim/Não		Reativo/ Não Reativo			
Rastreio de outras IST	Sim/Não		Reativo/ Não Reativo			
Inquérito Sintomas TB	Sim/Não					
Referenciação Hospitalar						
Aceitou referenciação	Sim/Não					

Unidade Hospitalar					
Ponto Focal					
Data da consulta					
Deslocou-se à consulta?	Sim/Não				
Necessita de acompanhamento?	Sim/Não				
Teste Confirmatório:	Sim/Não				
Está em tratamento?					
VIH	Sim/Não				
VHC	Sim/Não				
VHB	Sim/Não				
TB	Sim/Não				
outra					
Consequências de más práticas no consumo de SPA					
Situação física	Nunca teve	Teve nos últ. 6 meses	Teve nos últ. 30 dias		
Abcessos					
Infeção cutânea					
Sobredosagem aguda					
Trombose venosa					
Outra					
Comorbilidades					
Presença de comorbilidade psiquiátrica?	Sim/Não	Qual?			
Necessita de tratamento/acompanhamento?	Sim/Não	Qual?			
Presença de comorbilidade física?	Sim/Não	Qual?			
Dados Judiciais					
Problemas Judiciais ao Longo da Vida?	Sim/Não				
Alguma vez esteve preso?	Sim/Não				
Se sim, injectou drogas na prisão?	Sim/Não				
Problemas judiciais nos últ. 30 dias?	Sim/Não				
Se sim, quais?	Contumácia/ Liberdade Condicional/ Aguarda Julgamento/ Outros				
Situação judicial atual	Liberdade/ pena prisão suspensa/ liberdade condicional/pulseira eletrónica				
Acompanhamento e Encaminhamento a Realizar ao Utente					
Utente a acompanhar em (Serviço prestado pela própria equipa)					
Apoio Social	Sim/Não				
Apoio Psicológico	Sim/Não				
Consultas Médicas	Sim/Não				
Cuidados de Enfermagem	Sim/Não				
Consumo Vigiado	Sim/Não				
Disponibilização Material Preventivo	Sim/Não				
Rastreios	Sim/Não				
Vacinação	Sim/Não				
TOD	Sim/Não				
Utente a encaminhar para					
Hospital	Sim/Não				
Centro de Acolhimento / Centro de Abrigo	Sim/Não				
Centro de Diagnóstico Pneumológico	Sim/Não				
CRI	Sim/Não				
Gabinete de Apoio	Sim/Não				

Comunidade Terapêutica (CT)	Sim/Não				
Unidade de Desabilitação (UD)	Sim/Não				
Centro de Dia Segurança Social	Sim/Não				
Outro	Sim/Não				
Motivos saída PCV					
em projeto de reabilitação mais estruturado					
Incumprimento					
Detenção					
Óbito					
Outros abandonos					

Material Distribuído

Material de Consumo	nº
N.º de kits consumo injetável	
N.º de seringas disponibilizadas	
N.º de seringas Recolhidas (contentores)	
N.º de ampolas de água bi-destilada	
N.º de toalhetes de álcool	
N.º de filtros	
Nº de clean-cups	
Nº de cart. de ácido cítrico	
N.º de preservativos	
N.º de lubrificantes	
N.º de kits <i>para consumo fumado</i>	
N.º de estanhos / pratos	
N.º de cachimbos	
Outros. Especifique:	
Testes Rápidos	
VIH	
VHC	
VHB	
Sífilis	