

# Client Questionnaire

## É um prazer vê-lo!

**Por que está aqui hoje? Várias respostas possíveis.**

*Format: multiple choice + open text field*

- ☐ Estou a fazer um check-up de rotina.
- ☐ Estou num novo relacionamento.
- ☐ Tive uma situação de risco nas últimas 48 horas.
- ☐ Tive uma situação de risco há mais de 48 horas.
- ☐ Tenho sintomas.
- ☐ Um parceiro informou-me sobre um diagnóstico.
- ☐ Tenho outro motivo.

---

☐ Não quero responder.

## Sobre mim

**Qual é o seu ano de nascimento?**

*Format: open text field*

- ☐ *Free text response:*

---

☐ Não quero responder.

## Qual é o seu código postal?

*Format: open text field*

☐ Free text response:

---

- ☐ Vivo num país vizinho.
- ☐ Estou aqui como turista.
- ☐ Não quero responder.

## Em que país nasceu?

*Format: single choice*

## Que tipo de autorização de residência suíça tem?

*Format: single choice*

- ☐ Cidadania suíça
- ☐ Autorização C ou B
- ☐ Autorização G
- ☐ Autorização L
- ☐ Autorização F, N ou S
- ☐ Não tenho autorização de residência.
- ☐ Sou turista.
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

## Qual é o seu nível de escolaridade mais elevado?

*Format: single choice*

- ☐ Ensino básico obrigatório
- ☐ Ensino secundário (por exemplo, aprendizagem, escola secundária)
- ☐ Ensino superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)
- ☐ Sem educação formal
- ☐ Não quero responder.

## Qual é a sua situação profissional atual?

*Format: single choice*

- ☐ Empregado a tempo inteiro ( $\geq 80\%$ )
- ☐ Empregado a tempo parcial ( $< 80\%$ )
- ☐ Trabalhador independente
- ☐ Desempregado (à procura de emprego)
- ☐ Estudante / em formação
- ☐ Aposentado (AHV, IV)
- ☐ Não quero responder.

## Hoje, você está:

*Format: single choice + open text field*

- ☐ Mulher
- ☐ Homem
- ☐ Pessoa não binária/genderqueer
- ☐ Outro

- 
- ☐ Não tenho a certeza.
  - ☐ Não quero responder.

## Hoje, esta palavra descreve melhor a minha sexualidade:

*Format: single choice*

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

**Hoje, esta palavra descreve melhor a minha sexualidade:**

*Format: single choice + open text field*

- ☐ Heterossexual
  - ☐ Gay / Lésbica / Homossexual
  - ☐ Bissexual / Pansexual
  - ☐ Demissexual / Assexual
  - ☐ Queer
  - ☐ Outro
- 

- ☐ Não tenho (ainda) a certeza.
- ☐ Não quero responder.

## Saúde sexual

**Com quem teve relações sexuais desde o seu último teste? Várias respostas possíveis.**

*Format: multiple choice*

- ☐ Homens cis
- ☐ Homens trans
- ☐ Mulheres cis
- ☐ Mulheres trans
- ☐ Pessoas não binárias / genderqueer
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

**Como tem praticado sexo desde o seu último teste? Respostas múltiplas possíveis.**

*Format: multiple choice + open text field*

☐ Sexo vaginal

☐ Sexo anal

☐ Sexo oral

☐ Outro

---

☐ Não quero responder.

**Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 12 meses?**

*Format: single choice*

☐ 0-1

☐ 2-5

☐ 6-11

☐ 12 ou mais

☐ Não tenho a certeza.

☐ Não quero responder.

**Foi pago por sexo?**

*Format: single choice*

☐ Sim, nos últimos 12 meses.

☐ Sim, há mais de um ano.

☐ Não, nunca.

☐ Não tenho a certeza.

☐ Não quero responder.

### ¿Te han pagado por mantener relaciones sexuales?

*Format: single choice*

- ☐ Yes, in the past 12 months.
- ☐ Yes, over a year ago.
- ☐ No, never.
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

### Tomaste medicamentos no último mês? Várias respostas possíveis.

*Format: multiple choice*

- ☐ Antibióticos (por exemplo, penicilina, doxiciclina)
- ☐ Antivirais (por exemplo, comprimidos PrEP)
- ☐ Não
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

### Cheirou ou injetou substâncias nos últimos 12 meses? Várias respostas possíveis.

*Format: multiple choice*

- ☐ Inalou
- ☐ Injetado
- ☐ Não
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

### Alguma vez foi diagnosticado com VIH?

*Format: single choice*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

## Tem alguma pergunta sobre viver com HIV?

*Format: single choice*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

## Tem alguma pergunta sobre viver com HIV?

*Format: single choice + open text field*

- ☐ Sim

- 
- ☐ Não

## Quando foi o seu último teste de VIH?

*Format: single choice*

- ☐ Nunca fiz o teste.
- ☐ Nos últimos 3 meses
- ☐ Nos últimos 12 meses
- ☐ Nos últimos 5 anos
- ☐ Há mais de 5 anos
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

## Como se protege do VIH? Várias respostas possíveis.

*Format: multiple choice + open text field*

- ☐ Não uso proteção.
- ☐ Não pratico sexo com penetração (anal/vaginal).
- ☐ Preservativo
- ☐ PrEP para o VIH
- ☐ O meu parceiro é indetetável.
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

## Alguma vez tomou tratamento de emergência contra o VIH (PEP)?

*Format: single choice*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

## Saúde mental

### Em geral, está satisfeito com a sua vida sexual?

*Format: single choice*

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Neutro
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito
- ☐ Não quero responder.



**Alguma vez sofreu algum tipo de contacto sexual indesejado que ainda hoje o afeta?**

*Format: single choice*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho a certeza.
- ☐ Não quero responder.

**Nas últimas duas semanas, com que frequência se sentiu nervoso, ansioso ou tenso?**

*Format: single choice*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Vários dias
- ☐ Mais da metade dos dias
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Não quero responder.

**Nas últimas duas semanas, com que frequência se sentiu incomodado por não conseguir parar ou controlar a sua preocupação?**

*Format: single choice*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Vários dias
- ☐ Mais da metade dos dias
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Não quero responder.

**Nas últimas duas semanas, com que frequência se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?**

*Format: single choice*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Vários dias
- ☐ Mais da metade dos dias
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Não quero responder.

**Nas últimas duas semanas, com que frequência se sentiu incomodado por se sentir triste, deprimido ou sem esperança?**

*Format: single choice*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Vários dias
- ☐ Mais da metade dos dias
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Não quero responder.

## **Consumo de álcool e substâncias**

**Em geral, tá satisfeito com o seu consumo de álcool e outras substâncias?**

*Format: single choice*

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Neutro
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito
- ☐ Não quero responder.

**Alguma vez sentiu a necessidade de reduzir o consumo de álcool ou drogas?**

*Format: single choice*

☐ Sim

☐ Não

☐ Não quero responder.

**Alguma pessoa já o incomodou por criticar o seu consumo de álcool ou drogas?**

*Format: single choice*

☐ Sim

☐ Não

☐ Não quero responder.

**Alguma vez se sentiu culpado por beber ou consumir drogas?**

*Format: single choice*

☐ Sim

☐ Não

☐ Não quero responder.

**Alguma vez sentiu que precisava de beber ou consumir drogas logo pela manhã para acalmar os nervos ou para se livrar de uma ressaca?**

*Format: single choice*

☐ Sim

☐ Não

☐ Não quero responder.

**Uma última pergunta:**

**Tem alguma pergunta para a sua consulta?**

*Format: single choice + open text field*

☐ Sim

---

☐ Não