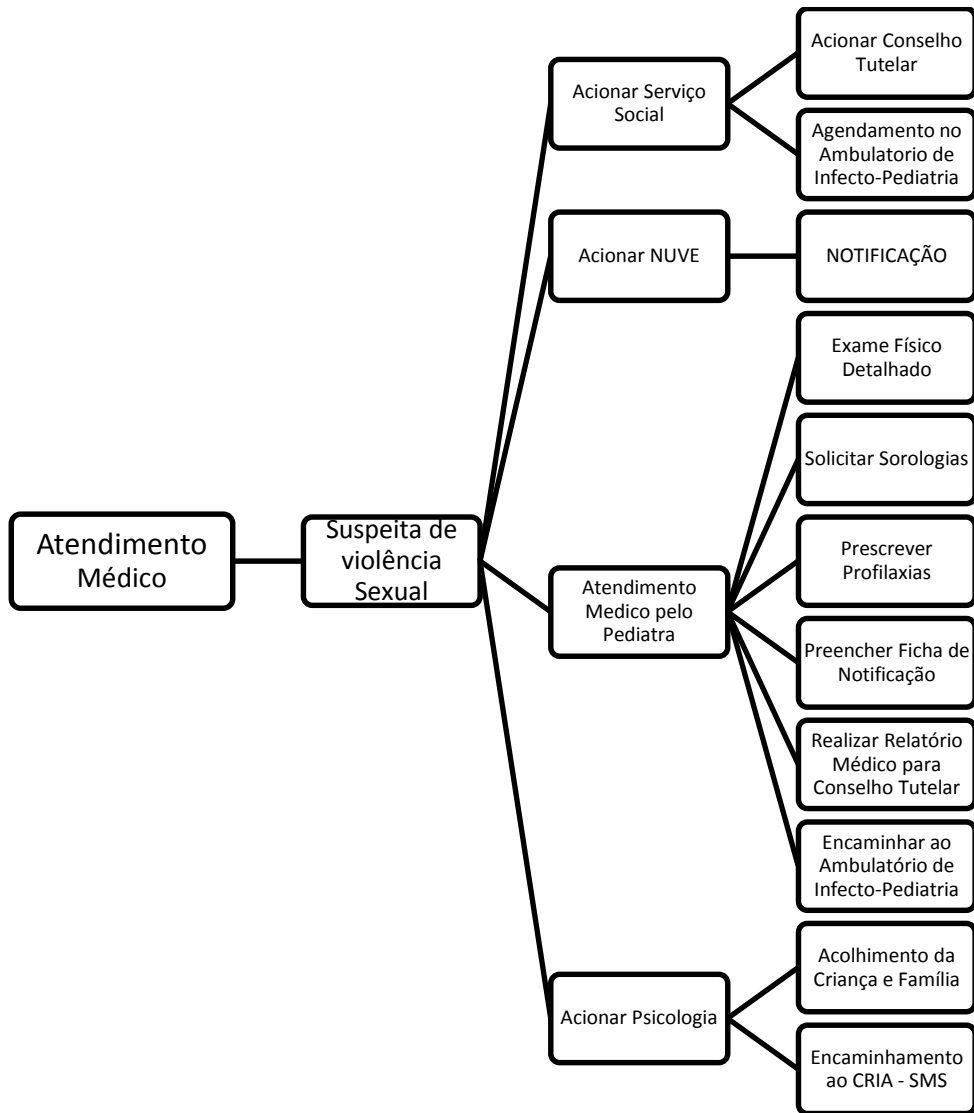


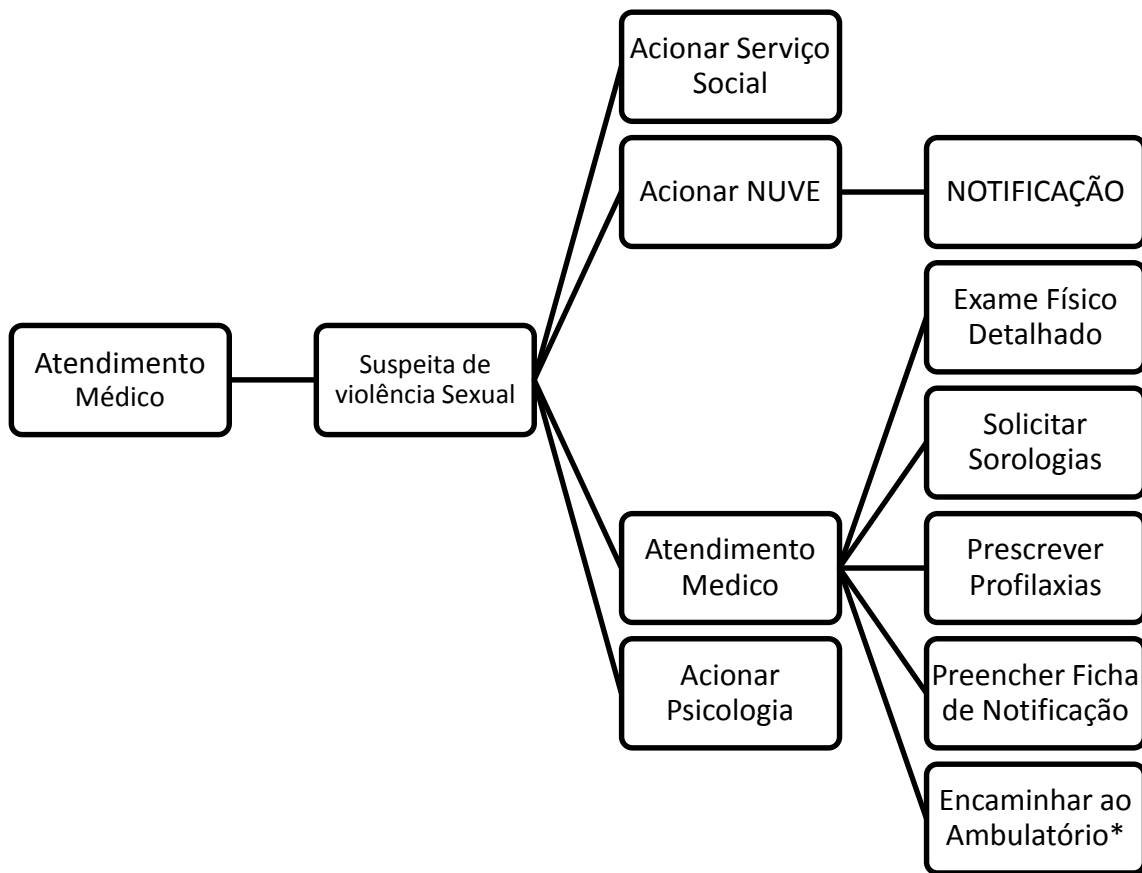


Atendimento no Pronto Socorro da Criança Vítima ou Suspeita de Abuso Sexual





Atendimento no Pronto Socorro do Adulto Vítima ou Suspeito de Abuso Sexual



*Ambulatório de Referência:

- Mulheres: GO

- Homens: Ambulatório de Infectologia, Genotipagem e Transplante (IGT) - quarta-feira (12h30)



Profilaxia Pós Violência Sexual

A profilaxia deve ser aplicada preferencialmente nas primeiras 72 horas após a violência. É fundamental definir se houve penetração para indicarmos tal uso. O exame normal não é critério para excluir a possibilidade de abuso sexual. A presença de doenças sexualmente transmissíveis em crianças pré-púberes é um achado específico de abuso sexual até que seja provado o contrário.

1. CONTRACEPÇÃO:

Anticoncepcional oral com 1,5mg de levonorgestrel em Dose Única
Realizar o β HCG antes do início da medicação.

2. SÍFILIS

Penicilina Benzatina. Em crianças 50.000 UI/kg IM dose única. Em adultos 2.400.000 UI IM.

3. GONORRÉIA

Ceftriaxona – 125 mg IM dose única (em crianças, gestantes e adultos < 45Kg), ou
Ceftriaxone – 250mg IM dose única em adultos > 45Kg.
Doxiciclina – 100 mg VO de 12 em 12 horas durante 7 dias.

4. *Chlamydia trachomatis*

Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1 g) VO, dose única, ou

5. TRICONOMÍASE OU VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 15 mg/kg/dia de 8 em 8 horas VO por 7 dias.
Em maiores de 45 kg: 2 g VO, dose única.

6. HEPATITE B

Checar esquema vacinal. Se completo: conduta encerrada. Iniciar ou completar o esquema inicial com as doses necessárias (zero, 30 e 180 dias).
Indicar a Imunoglobulina hiperimune para hepatite B, dose única IM (0,06ml/Kg). Se ultrapassar 5ml dividir em dois locais simultaneamente.



7. HIV / AIDS

Iniciar preferencialmente até 2 horas após a violência, ou **ATÉ NO MÁXIMO 72 HORAS**.

Usar por 28 dias a associação: Lamivudina/Tenofovir + Atazanavir + Ritonavir.

Esquema:

Antirretroviral	Posologia
Lamivudina 300mg/Tenofovir 300mg (associação)	1 comprimido ao dia
Atazanavir 300mg	1 comprimido ao dia
Ritonavir 100mg	1 comprimido ao dia

Obs: Os três comprimidos podem ser ingeridos no mesmo momento. Pessoas em uso de Atazanavir não devem fazer uso de Omeprazol.

Para crianças abaixo de 8 anos ou 35Kg usar esquema com Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/r (Kaletra).

É obrigatório o preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia, que está em anexo.

Revisado em 02/06/2017



Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia				
1 - Nome Social ou Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)				
2 - Nº de Prontuário	3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta	4 - Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	5 - Data de exposição	
6 - Circunstância de exposição <input type="checkbox"/> Acidente Ocupacional <input type="checkbox"/> Exposição Sexual Consentida <input type="checkbox"/> Planejamento Reprodutivo <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	7 - Nº de dias para dispensa Transmissão Vertical: <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> RN de mãe infectada pelo HIV	8 - Categoria de usuário (Populações Chave) <input type="radio"/> Gays e outros homens que fazem sexo com homens <input type="radio"/> Profissional do Sexo <input type="radio"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outras populações		
9 - Esquema preferencial para PEP	<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) (300mg/150mg) + Atazanavir (ATV) + ritonavir (RTV) (1 comp. Formulada/dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)			
10 - Esquemas alternativos para PEP	<input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) (300mg/150mg) + Atazanavir (ATV) + ritonavir (RTV) (2 comp./dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia) <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) (300mg/150mg) + Lopinavir/r (LPV/r) (400mg/100mg) (1 comp./dia) (4 comp./dia) <input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) (300mg/150mg) + Tenofovir (TDF) (2 comp./dia) (1 comp./dia)			
11 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comprimidos/ml que deve ser usado diariamente) Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNG)				
ANTIRETROVIRAL	Tenofovir / Lamivudina	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg / 150mg		
	Zidovudina / Lamivudina	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg / 150mg		
	Abacavir - ABC	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 20mg/ml. dia	
	Didanosina - ddI	<input type="checkbox"/> caps. de 250mg	<input type="checkbox"/> caps. de 400mg. dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml. dia	
	Estavudina - d4T	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 1mg/ml. dia	
	Lamivudina - 3TC	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml. dia	
	Tenofovir - TDF	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg		
	Zidovudina - AZT	<input type="checkbox"/> caps. de 100mg	<input type="checkbox"/> Solução injetável 10 mg/ml. dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml. dia	
	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)			
	Efavirenz - EFZ	<input type="checkbox"/> comp. de 600mg	<input type="checkbox"/> caps. de 200mg. dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 20mg/ml. dia	
	Nevirapina - NPV	<input type="checkbox"/> comp. de 200mg	<input type="checkbox"/> ml. de suspensão oral 10mg/ml. dia	
	Inibidores de Protease (IP)			
	Atazanavir - ATV	<input type="checkbox"/> caps. de 200mg	<input type="checkbox"/> caps. de 300mg. dia	
	Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg. dia <input type="checkbox"/> comp. de 75mg. dia <input type="checkbox"/> comp. de 600mg. dia	
	Fosamprenavir - FPV	<input type="checkbox"/> comp. de 700mg	<input type="checkbox"/> ml. de suspensão oral 50mg/ml. dia	
	Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="checkbox"/> comp. de 200mg / 50mg	<input type="checkbox"/> Comp. de 100mg / 25mg. dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml / 20mg/ml. dia	
	Ritonavir - RTV	<input type="checkbox"/> caps. de 100mg	<input type="checkbox"/> comp. de 100mg. dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml. dia	
	Saquinavir - SQV	<input type="checkbox"/> caps. mole de 200mg		
	ARV de Terceira Linha			
	Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg. dia <input type="checkbox"/> comp. de 75mg. dia <input type="checkbox"/> comp. de 600mg. dia	
Enfuvirtida - T-20	<input type="checkbox"/> frasco-amp. de 90 mg/ml. dia			
Etravirina - ETR	<input type="checkbox"/> comp. de 100mg			
Maraviroque - MVR	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg			
Raltegravir - RAL	<input type="checkbox"/> comp. de 400mg			
Tipranavir - TPV	<input type="checkbox"/> caps. de 250mg	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 100mg/ml. dia		
12 - Médico Data ____/____/____ CRM: _____ (carimbo e assinatura)	13 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF: _____ (carimbo e assinatura)	14 - Recebi em ____/____/____ (assinatura do usuário)		