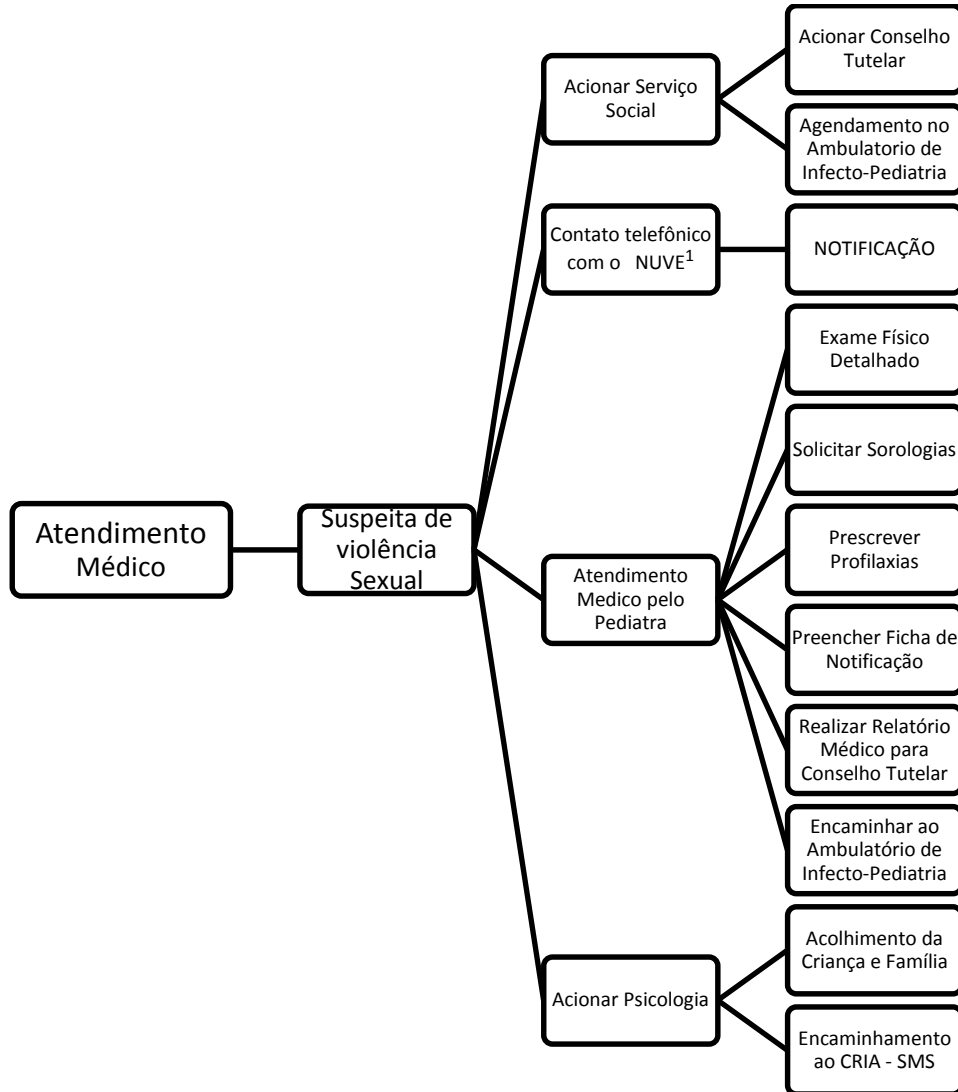


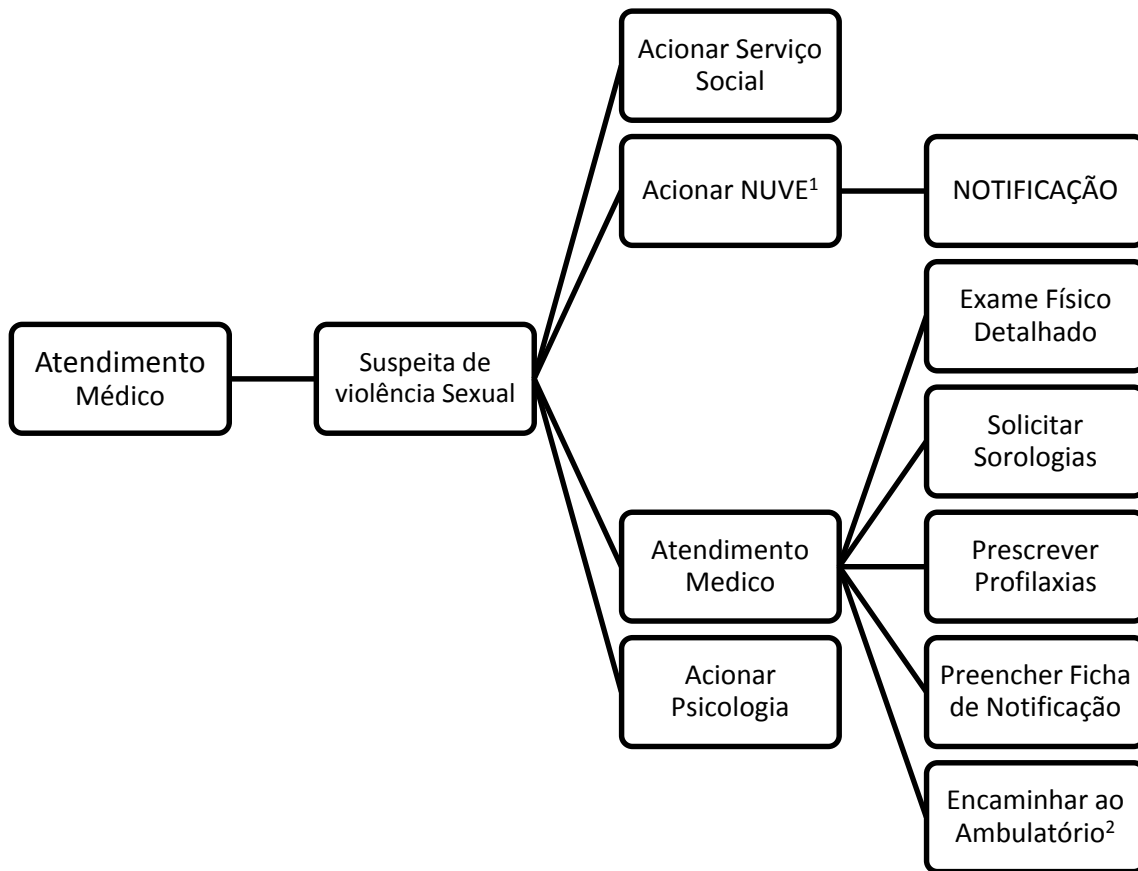


Atendimento no Pronto Socorro da Criança Vítima ou Suspeita de Abuso Sexual



¹ RAMAIS DO NUVE : 5572 / 5865 em horários comerciais ou pedir ligação ao PABX no telefone do plantão 99962 8739.

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



¹RAMAIS DO NUVE: 5572 / 5865 Em horários comerciais ou pedir ligação ao PABX no telefone do plantão 99962 8739.

²Ambulatório de Referência:

- Crianças: Infecto Pediatria

- Mulheres: GO

- Homens: Ambulatório de Infectologia, Genotipagem e Transplante (IGT) – segunda-feira (7h30)



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.

Esquemas:

a) Esquema preferencial em adultos

Antirretroviral	Posologia
Lamivudina 300mg/Tenofovir 300mg (associação)	1 comprimido ao dia
Dolutegravir 50mg	1 comprimido ao dia

Obs: Os dois comprimidos podem ser ingeridos no mesmo momento.

b) Esquema preferencial em gestantes

Antirretroviral	Posologia
Lamivudina 300mg/Tenofovir 300mg (associação)	1 comprimido ao dia
Raltegravir 400mg	1 comprimido duas vezes ao dia

c) Esquema preferencial em crianças e adolescentes

Faixa Etária	Antirretroviral	Posologia
0 – 14 dias	AZT + 3TC + NVP	
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade do uso de LPV/r: NVP
2 anos – 12 anos	AZT+ 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r

Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos.

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

Revisado em 07/12/2017



UNIVERSIDADE FEDERAL TRIÂNGULO MINEIRO
HOSPITAL DE CLÍNICAS
Setor de Vigilância em Saúde

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia			
1 - Nome Social do usuário			
2 - Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)			
3 - CPF	4 - Data de Nascimento	5 - Órgão genital de nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis	6 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual
7 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Homem <input type="radio"/> Mulher <input type="radio"/> Mulher Transexual <input type="radio"/> Travesti/Mulher Travesti <input type="radio"/> Homem Transexual	8 - Circunstância de exposição <input type="radio"/> Acidente Ocupacional <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual Transmissão Vertical: <input type="radio"/> Parturiente <input type="radio"/> RN de mãe infectada pelo HIV	9 - Pessoa-fonte multixperimentada <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido	10 - Gestante <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
11 - Contraindicação ao esquema preferencial: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		14 - Data da exposição	
15 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais		<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/150mg + Dolutegravir (DTG) (1 comp. cotofarmado/dia) (1 comp./dia)	
16 - Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes		<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/150mg + Raltegravir (RAL) 400mg (1 comp. cotofarmado/dia) (1 comp. de 12/12h)	
17 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. Preenchê-la no item 18		<input type="checkbox"/> 0 - 14 dias - Zidovudina (AZT) 750mg/Oral + Lamivudina (3TC) 150mg/Oral + Nevirapina (NVP) 200mg/Oral <input type="checkbox"/> 14 dias - 2 anos - Zidovudina (AZT) 750mg/Oral + Lamivudina (3TC) 150mg/Oral + Lopinavir (LPV) 400mg/Oral <input type="checkbox"/> 2 anos - 12 anos - Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)	
18 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/ml, que deve ser usada diariamente)			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNI)			
Tenofovir / Lamivudina <input type="checkbox"/> comp. de 300mg / 150mg/dia			
Zidovudina / Lamivudina <input type="checkbox"/> comp. de 300mg / 150mg/dia			
Lamivudina - 3TC <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml/dia			
Tenofovir - TDF <input type="checkbox"/> comp. de 300 mg/dia			
Zidovudina - AZT <input type="checkbox"/> caps. de 100mg/dia <input type="checkbox"/> Solução injetável 10 mg/ml/dia <input type="checkbox"/> ml. de Xarope 10mg/ml/dia			
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)			
Nevirapina - NVP <input type="checkbox"/> ml. de suspensão oral 10mg/ml/dia			
Inibidores de Protease (IP)			
Atazanavir - ATV <input type="checkbox"/> caps. de 200mg/dia <input type="checkbox"/> caps. de 300 mg/dia			
Darunavir - DRV <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 75mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 600mg/dia			
Lopinavir / ritonavir - LPV <input type="checkbox"/> comp. de 100mg / 25mg/dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 100mg/ml / 20mg/ml/dia			
Ritonavir - RTV <input type="checkbox"/> comp. de 100mg/dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml/dia			
Inibidores da Integrase (INI)			
Raltegravir - RAL <input type="checkbox"/> comp. de 400 mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 100mg/dia			
Dolutegravir - DTG <input type="checkbox"/> comp. de 50 mg/dia			
ARV de Uso Restrito			
Darunavir - DRV <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 75mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 600mg/dia			
Dolutegravir - DTG <input type="checkbox"/> comp. de 50 mg/dia			
Etravirina - ETR <input type="checkbox"/> frasco-amp. de 30 mg/ml/dia			
Etravirina - ETR <input type="checkbox"/> comp. de 100mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 200mg/dia			
Maraviroque - MVR <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/dia			
Raltegravir - RAL <input type="checkbox"/> comp. de 400 mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 100mg/dia			
Tiplranavir - TPV <input type="checkbox"/> caps. de 250mg/dia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 100mg/ml/dia			
19 - Médico Data ____/____/____ CRM : _____ <small>(assinado e assinado)</small>	20 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF : _____ <small>(assinado e assinado)</small>	21 - Recebi em ____/____/____ <small>(assinatura de usuário)</small>	