



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.



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO**

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

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.

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

A profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV pode ser consultada no site do HC-UFTM:
<http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/PEP+HIV+2015/eb8887e-1f98-465e-8e04-f3c41ee41061>

Revisado em 08/02/2017

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)

--

2 - Nº de Prontuário

3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta

4 - Sexo

Feminino Masculino

5 - Data da exposição

6 - Circunstância de exposição

- Acidente Ocupacional
 Exposição Sexual Consentida
 Planejamento Reprodutivo
 Violência Sexual
 Outros _____

7 - Nº de dias para dispensa

Transmissão Vertical:

- Parturiente
 RN de mãe infectada pelo HIV

8 - Categoria de usuário (Populações Chave)

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens
 Profissional do Sexo
 Pessoas que usam álcool e outras drogas
 Transexual
 Travesti
 Outras populações

9 - Esquema preferencial para PEP

- Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir 300mg (ATV) + ritonavir 100mg (r) (1 comp. Coformulado/dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)

10 - Esquemas alternativos para PEP

- Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Atazanavir (ATV) + ritonavir 100mg (r) (2 comp./dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)
 Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Lopinavir/r (LPV/r) 200mg/50mg (1 comp./dia) (4 comp./dia)
 Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Tenofovir 300mg (2 comp./dia) (1 comp./dia)

11 - 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 / 300mg/dia		
Zidovudina / Lamivudina	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg / 150mg/dia		
Abacavir - ABC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="checkbox"/>	ml. de sol. oral 20mg/mL/dia
Didanosina - ddI	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg/dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 400mg/dia
Estavudina - ddT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ml. de sol. oral 1mg/mL/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 sol. oral 10mg/mL/dia

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)

Efavirenz - EFZ	<input type="checkbox"/>	comp. de 600 mg/dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 200 mg/dia	<input type="checkbox"/>	ml. de sol. oral 30 mg/mL/dia
Nevirapina - NVP	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg/dia	<input type="checkbox"/>		<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 300mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 75mg/dia
					<input type="checkbox"/>	comp. de 800mg/dia
Fosamprenavir - FPV	<input type="checkbox"/>	comp. de 700mg/dia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ml. de suspensão oral 50mg/mL/dia
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg / 50 mg/dia	<input type="checkbox"/>	Comp. de 100mg / 25mg/dia	<input type="checkbox"/>	ml. de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL/dia
Ritonavir - RTV	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg/dia	<input type="checkbox"/>	ml. de sol. oral 80mg/mL/dia
Saquinavir - SQV	<input type="checkbox"/>	caps. mole de 200mg/dia				

ARV de Terceira Linha

Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 75mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 800mg/dia
Enfuvirtida - T-20	<input type="checkbox"/>	frascos-amp. de 90 mg/mL/dia						
Etravirina - ETR	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg/dia						
Maraviroque - MVR	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/dia						
Raltegravir - RAL	<input type="checkbox"/>	comp. de 400 mg/dia						
Tipranavir - TPV	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg/dia	<input type="checkbox"/>		<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)