

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 - N° 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 - N° 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 (TDF)/ Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)
 (1 comp/dia) (1 comp/dia)

10 - Esquemas alternativos para PEP

- ☐ Zidovudina/ Lamivudina (AZT/3TC) + Dolutegravir (DTG)
 (2 cp/dia) (1 cp/dia)
☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) + Atazanavir + Ritonavir (ATV/r)
 (1 cp/dia) (1 cp/dia) (1 cp/dia)
☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) + Raltegravir (RAL)
 (1 cp/dia) (2 cp/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/ITRNT)

Tenofovir / Lamivudina ☐ comp. de 300mg / 300mg/dia

Zidovudina / Lamivudina ☐ comp. de 300mg / 150mg/dia

Abacavir - ABC ☐ comp. de 300mg/dia ☐ mL de sol. oral 20mg/mL /dia

Didanosina - ddi ☐ caps. de 250mg/dia ☐ caps. de 400mg /dia ☐ mL de sol. oral de 10mg/mL/dia

Estavudina - d4T ☐ comp. de 300mg/dia ☐ mL de sol. oral 1mg/mL/dia

Lamivudina - 3TC ☐ comp. de 150mg/dia ☐ mL de sol. oral 10mg/mL/dia

Tenofovir - TDF ☐ comp. de 300 mg/dia

Zidovudina - AZT ☐ caps. de 100mg/dia ☐ Solução injetável 10 mg/mL/dia ☐ mL de sol. oral 10mg/mL /dia

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)

Efavirenz - EFZ ☐ comp. de 600 mg/dia ☐ caps. de 200 mg /dia ☐ mL de sol. oral 30 mg/mL /dia

Nevirapina - NVP ☐ comp. de 200mg/dia ☐ mL de suspensão oral 10mg/mL /dia

Inibidores de Protease (IP)

Atazanavir - ATV ☐ caps. de 200mg/dia ☐ caps. de 300 mg /dia

Darunavir - DRV ☐ comp. de 300mg/dia ☐ comp. de 150mg /dia ☐ comp. de 75mg /dia ☐ comp. de 600mg /dia

Fosamprenavir - FPV ☐ comp. de 700mg/dia ☐ mL de suspensão oral 50mg/mL/dia

Lopinavir / ritonavir - LPV/r ☐ comp. de 200mg / 50 mg/dia ☐ Comp. de 100mg / 25mg/dia ☐ mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL /dia

Ritonavir - RTV ☐ caps. de 100mg/dia ☐ comp. de 100mg/dia ☐ mL de sol. oral 80mg/mL/dia

Saquinavir - SQV ☐ caps. mole de 200mg/dia

ARV de Terceira Linha

Darunavir - DRV ☐ comp. de 300mg/dia ☐ comp. de 150mg /dia ☐ comp. de 75mg /dia ☐ comp. de 600mg /dia

Enfuvirtida - T-20 ☐ frascos-amp. de 90 mg/mL/dia

Etravirina - ETR ☐ comp. de 100mg/dia

Maraviroque - MVQ ☐ comp. de 150mg/dia

Raltegravir - RAL ☐ comp. de 400 mg/dia

Tipranavir - TPV ☐ caps. de 250mg/dia ☐ 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)

ANTIRRETROVIRAL

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U. de 19 de maio de 1998.
2. A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS À BASE DE SUBSTÂNCIAS ANTIRRETROVIRAIS (LISTA "C4") SÓ PODERÁ SER FEITA POR MÉDICO E SERÁ AVIADA OU DISPENSADA NAS FARMÁCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, EM FORMULÁRIO PRÓPRIO ESTABELECIDO PELO DEPARTAMENTO DE IST/AIDS, ONDE A RECEITA FICARÁ RETIDA. AO PACIENTE, DEVERÁ SER ENTREGUE UM RECEITUÁRIO MÉDICO COM INFORMAÇÕES SOBRE SEU TRATAMENTO.

ATENÇÃO: CADA USUÁRIO PODERÁ CADASTRAR-SE EM APENAS UMA UNIDADE DE SAÚDE. ESCOLHA A QUE FOR MAIS CONVENIENTE PARA VOCÊ. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

01 - Nome do usuário: Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.

02 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS.

03 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/pessoa exposta: Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém nascido ou da pessoa exposta

04 - Sexo de nascimento: informar o sexo ao nascimento

05- Data da exposição: Informar a data que ocorreu a exposição de risco.

06 - Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente ocupacional, exposição sexual consentida, planejamento reprodutivo, violência sexual, outros. E caso seja profilaxia da transmissão vertical se é para a parturiente ou para o RN da mãe infectada pelo HIV.

07- N° de dias para dispensação: Informar o número de dias de profilaxia dispensado.

08 - Categoria de Usuário: Informar se o usuário pertence a uma das populações chave. Este campo deve ser preenchido conforme a autodeclaração do usuário.

09- Esquema Preferencial para PEP: Tenofovir (TDF)/ Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG) 1 comprimido de cada ao dia. Ao escolher esse esquema, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido.

10- Esquemas Alternativos de PEP: Apenas em caso de contraindicação ao esquema preferencial, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido. Nos quadros abaixo os ARV indicados em caso de necessidade de substituição.

Esquema Preferencial para PEP	Contraindicação ao	Esquemas Alternativos de PEP
TDF/3TC + DTG	TDF	AZT/3TC + DTG
	DTG	TDF/3TC + ATV/r
Gestante abaixo de 14 semanas		TDF/3TC + ATV/r
Gestante acima de 14 semanas		TDF/3TC + RAL

11- Medicamentos ARV: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multixepimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de **ARV de terceira linha** necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).

12 - Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

13 - Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.

14 - Dispensação: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.