

# 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 com material biológico <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 multixerimentada <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido	10 - Gestante <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	

<b>15 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais</b>	<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Dolutegravir 50mg (DTG) (1 comp. coformulado/dia)
----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>16 - Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes</b>	<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Raltegravir (RAL) 400mg (1 comp. coformulado/dia)
---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>17 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos</b> A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. Preenché-la no item 13	<input type="checkbox"/> 0 - 14 dias - Zidovudina(AZT) Sol. Oral + Lamivudina(3TC) Sol. Oral + Nevirapina(NVP) Sol. Oral <input type="checkbox"/> 14 dias - 2 anos - Zidovudina(AZT) Sol. Oral + Lamivudina(3TC) Sol. Oral + Lopinavir/r(LPV/r) Sol. 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)**

ANTIRRETROVIRAL	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)</b>			
	Tenofovir / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 300mg/dia	
	Zidovudina / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 150mg/dia	
	Lamivudina - 3TC	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF	<input type="text"/>	comp. de 300 mg/dia	
	Zidovudina - AZT	<input type="text"/>	caps. de 100mg/dia	<input type="text"/> Solução injetável 10 mg/mL/dia <input type="text"/> mL de Xarope 10mg/mL/dia
	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)</b>			
	Nevirapina - NVP	<input type="text"/>		<input type="text"/> mL de suspensão oral 10mg/mL /dia
	<b>Inibidores de Protease (IP)</b>			
	Atazanavir - ATV	<input type="text"/>	caps. de 200mg/dia	<input type="text"/> caps. de 300 mg /dia
	Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 150mg /dia	<input type="text"/> comp. de 75mg /dia <input type="text"/> comp. de 600mg /dia
	Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="text"/>	comp. de 100mg / 25mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL /dia
	Ritonavir - RTV	<input type="text"/>	comp. de 100mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL/dia
	<b>Inibidores da Integrase (INI)</b>			
	Raltegravir - RAL	<input type="text"/>	comp. de 400 mg/dia	<input type="text"/> comp. de 100 mg/dia
Dolutegravir - DTG	<input type="text"/>	comp. de 50 mg/dia		
<b>ARV de Uso Restrito</b>				
Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 150mg /dia	<input type="text"/> comp. de 75mg /dia <input type="text"/> comp. de 600mg /dia	
Dolutegravir - DTG	<input type="text"/>	comp. de 50 mg/dia		
Enfuvirtida - T-20	<input type="text"/>	frascos-amp. de 90 mg/mL/dia		
Etravirina - ETR	<input type="text"/>	comp. de 100mg/dia	<input type="text"/> comp. de 200mg/dia	
Maraviroque - MVQ	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia		
Raltegravir - RAL	<input type="text"/>	comp. de 400 mg/dia	<input type="text"/> comp. de 100 mg/dia	
Tipranavir - TPV	<input type="text"/>	caps. de 250mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 100mg/mL/dia	

19 - Médico Data ____/____/____ CRM : _____ _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>	20 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF : _____ _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>	21 - Recebi em ____/____/____ _____ <small>(assinatura do usuário)</small>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

Preencher o formulário à 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.

**DETALHAMENTO DOS CAMPOS**

- 01- Nome Social do usuário:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 02- Nome Civil do usuário:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.
- 03- CPF:** Número do CPF do Usuário SUS.
- 04- Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta.
- 05- Órgão genital de nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
- 06- Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).
- 07- Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).
- 08- Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. **Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento.**
- 09- Pessoa-fonte multiexperimentada:** Pessoa-fonte com múltiplas falhas aos ARV.
- 10- Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não.
- 11- Informar se existe contraindicação ao esquema preferencial.**
- 12- Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses.**
- 13- Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.**
- 14- Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
- 15- Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos:** Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg + Dolutegravir(DTG)50mg 1 comprimido de cada ao dia.
- 16- Esquema Preferencial para PEP para Gestantes de 12 anos:** Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg 1 comp/ dia + Raltegravir(RAL)400mg, 1 comprimido de 12/12h.
- 17- Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária e peso:**  
 0 – 14 dias: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Nevirapina(NVP)Sol. Oral  
 14 dias – 2 anos: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Lopinavir/r(LPV/r)Sol. Oral  
 2 anos – 12 anos: Zidovudina(AZT) + Lamivudina(3TC) + Raltegravir(RAL) 1 comprimido 12/12h.

**Esquemas Preferenciais**

10. Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos	TDF/3TC + DTG
11. Esquema Preferencial para PEP para Gestantes	TDF/3TC + RAL
12. Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária:	
0 – 14 dias	AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + NVP Sol. Oral
14 dias – 2 anos	AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + LPV/r Sol. Oral
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL
"Para mais informações consultar PCDT de PEP no endereço: <a href="http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco">http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco.</a> "	

**18- 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 multiexperimentados 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).

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

**20- Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.

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