

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

1 - Nome Completo do Usuário - Civil*

2 - Nome Social

3 - CPF*

4 - Data de Nascimento*

5 - Órgão Genital de Nascimento

Vagina Pênis Vagina e pênis

6 - Orientação Sexual

Heterossexual
 Homossexual/Gay/Lésbica
 Bissexual

7 - Identidade de Gênero

Mulher CIS Homem trans
 Homem CIS Travesti
 Mulher trans Não binário

8 - Circunstância da Exposição:

Acidente com Material Biológico
 Exposição Sexual Consentida
 Violência Sexual

Transmissão Vertical:

Parturiente
 RN de mãe infectada pelo HIV

9 - Pessoa fonte multiexperimentada? Sim Não

10 - Gestante IG: ____ Semanas Sim Não Suspeita de gestação

11 - Contraindicação ao esquema preferencial: Sim Não

12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: Sim Não

13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? Sim Não

14 - Data da exposição*

15 - Origem do acompanhamento médico:*
 Público Privado

16 - Esquemas Preferencias

Faixa etária/Critério

Esquemas terapêuticos/posologias

≥ 12 anos ou mais OU gestante > 12 semanas	<input type="radio"/>	Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)		
0 a < 2	<input type="radio"/>	Zidovudina (AZT)	____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
		Lamivudina (3TC)	____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
		Raltegravir (RAL)	____ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)	
≥ 2 a < 12	<input type="radio"/>	Zidovudina (AZT)	____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
		Lamivudina (3TC)	____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
		Raltegravir (RAL)	____ comp 100mg/dia	____ comp 400mg/dia
Gestante ≤ 12 semanas OU suspeita de Gestação	<input type="radio"/>	Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Atazanavir 300mg (ATZ) /Ritonavir 100mg (RTV) Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + ATV (1 comp./dia) + RTV (1 comp./dia)		

17 - 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	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	
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia		mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/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 de Nucleosídeos (ITRNN)	Nevirapina - NVP	mL de susp. oral 10mg/mL/dia			
Inibidores de Protease (IP)	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia			
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg /dia	comp. de 75mg /dia	comp. de 800mg/dia
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 100mg + 25mg/dia	mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia	
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia	mg de pó/dia		
Inibidores de integrase	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia		
Medicamentos de uso restrito	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg /dia	comp. de 75mg /dia	comp. de 800mg/dia
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
	Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia			
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia	comp. de 200mg/dia		
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia			
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia		
	Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia			

18 - Médico

Data ____/____/____ CRM : _____

(carimbo e assinatura)

19 - Farmacêutico responsável

Data ____/____/____ CRF : _____

(carimbo e assinatura)

20 - Recebi em ____/____/____

(assinatura do usuário)

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

02- Nome Social do usuário: Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.

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 sabidamente infectada pelo HIV e em tratamento antirretroviral.

10- Gestante: Informar se a Usuária SUS está gestante ou não ou tem suspeita de gestação.

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 - Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.

16 - 17 - 18- 19- Esquemas Preferenciais:

Esquemas preferenciais	
16 – Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais	TDF/3TC + DTG
17 – Esquema Preferencial para PEP em Gestantes > 12 semanas de gestação	TDF/3TC + DTG
18 – Esquema Preferencial para PEP em Gestantes ≤ 12 semanas OU suspeita de gestação	TDF/3TC + ATZ + RTV
19 – Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária:	
0 – <2 anos	AZT sol.oral + 3TC sol. Oral + RAL granulado
≥2 anos - <12 anos	AZT + 3TC + RAL

20- Medicamentos ARV: Relação dos medicamentos disponibilizados pelo SUS para o tratamento antirretroviral. O médico deverá informar posologia diária de cada medicamento prescrito ao Usuário SUS.

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

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

23- Assinatura do Usuário SUS: Assinatura do Usuário SUS acusando o recebimento do(s) medicamento(s) naquela dispensa.