

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - Prontuário	4 - Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*			
6 - Nome Social			
7 - Nome Completo da Mãe*			
8 - Data de Nascimento*	9 - UF de Nascimento*	10 - Cidade de Nascimento*	11 - País de Nascimento*
12 - Nacionalidade*		13 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente	
14 - UF de Residência*	15 - Cidade de Residência*	16 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorada	
17 - Escolaridade* <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> Ignorada		18 - Sexo atribuído ao Nascimento <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo	19 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual
20 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Não binário			
21 - Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?*	22 - Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?*	23 - Gestante*	24 - Pessoa em situação de rua no momento*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim, álcool <input type="radio"/> Sim, outras drogas <input type="radio"/> Sim, álcool e outras drogas <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
25 - Pessoa privada de liberdade no momento*			26 - Data da exposição*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
27 - Circunstância da Exposição:*			28 - Origem do acompanhamento médico:*
<input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual			<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
29 - Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Serviço de urgência ou emergência <input type="radio"/> CTA			
30 - CNES do Serviço de Atendimento		31 - Nome do Serviço de Atendimento	
32 - Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquema alternativo?*(Se sim informar no campo abaixo a prescrição legível) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe			

33 – Esquemas preferenciais para PEP e posologias

Faixa etária/ou critérios	Esquemas terapêutico/posologias	
Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) ≥ 35 kg Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)	
0 a 4 semanas (1 mês de vida)	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Raltegravir (RAL) _____ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)	
Acima de 4 semanas a 6 anos	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Dolutegravir (DTG) _____ comp. para suspensão 5mg (≥ 3kg)	
Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)	
Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada e/ou esquemas alternativos.* (informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária)		
Medicamento	Apresentação	Posologia Diária

34 - Prescritor Tipo de conselho _____ UF do conselho: _____ Data: ____/____/____ N° do conselho _____ (carimbo e assinatura)	35 - Técnico Responsável Data: ____/____/____ (carimbo e assinatura)	36 - Recebi em: Data: ____/____/____ (assinatura do Usuário SUS)
---	--	--

ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

01. **CPF:** O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena.
02. **CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
03. **Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.
04. **Identificação Preferencial do Usuário:** Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).
05. **Nome Completo do Usuário - Civil:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
06. **Nome Social:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
07. **Nome Completo da Mãe:** Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.
08. **Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.
09. **UF:** Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS.
10. **Cidade de Nascimento:** Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.
11. **País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS.
12. **Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS
13. **Situação do estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.
14. **UF:** Unidade da Federação da residência do usuário SUS.
15. **Cidade de Residência:** Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia.
16. **Raça/cor:** Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.
17. **Escolaridade:** Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos"
18. **Órgão Genital de Nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
19. **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).
20. **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).
21. **Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?":** Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.
22. **Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?:** Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses
23. **Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas.
24. **Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.
25. **Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade
26. **Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
27. **Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, favor usar formulário específico "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical"
28. **Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
29. **Serviço de Atendimento:** Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência e CTA.
30. **CNES do Estabelecimento de Saúde:** Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
31. **Nome do Estabelecimento de Saúde:** Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
32. **Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquemas alternativos?:** Se sim informar no campo específico a prescrição legível
33. **Esquemas preferenciais para PEP e posologias:** Lista dos Esquemas antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescriptor deverá assinalar um "x" no esquema preferencial.

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	ESQUEMA ALTERNATIVO
Acima de 6 anos/Adultos	TDF** + 3TC + DTG 50mg***	Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r
0-14 dias	AZT + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP
14 dias a 4 semanas	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R
Acima de 4 semanas a 6 anos	AZT + 3TC+DTG 5mg	Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R
Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos. * Peso ≥ 3kg - ** Peso ≥ 35kg *** Peso ≥ 20kg		

34. **Prescritor:** Assinatura e carimbo do prescriptor responsável.
35. **Técnico responsável:** Assinatura do técnico responsável pela dispensação.
36. **Recebi em:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.