

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
☐ Profilaxia lactente exposto ao HIV

9 - Pessoa fonte multiexperimentada? ☐ Sim ☐ Não

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

11 - Contra indicação 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

6 anos OU mais OU gestantes >12 semanas

☐ Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG)
Acima de 35 kg Acima de 20 kg
Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)

0 a < 2 anos

☐ 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 6 anos

☐ 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

☐ 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)

Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital

☐ Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG)
Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)

Profilaxia para lactente exposto ao HIV por amamentação - 0 a 2 anos

☐ 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)
4kg-9kg: 12mg/kg 12/12h
9kg-30kg: 9mg/kg 12/12h
≥30kg: 300mg 12/12h
<30 dias de vida: 2mg/kg 12/12h
≥30 dias: 4mg/kg 12/12h (dose max. 300 mg/dia)
1ª semana: 1,5 mg/kg 1x por dia;
A partir da 2ª semana até 4ª semana: 3 mg/kg 2 x por dia

28 dias

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/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	
	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		envelope/dia		
Inibidores de integrase	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia				
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia		comp. de 100mg/dia		
Medicamentos de uso restrito	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		Sachês/dia (granulado)
	Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia				

18 - Médico

Data ____/____/____

UF : ____

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 - Esquemas Preferenciais:

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 – 14 dias	AZT + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso do RAL: LPV/r
2 – 6 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso do RAL: LPV/r
6 – 12 anos	TDF + 3TC + DTG	Impossibilidade de uso do DTG: ATZ/r
Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos.		

17 - 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.

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

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

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