

1. Serviço de atendimento*	2. Origem do acompanhamento:*	3. CNES do Serviço de Atendimento
<input type="radio"/> Atenção Primária	<input type="radio"/> Público	<input type="radio"/> Privado
<input type="radio"/> Serviço Especializado	<input type="radio"/> Extramuros	
<input type="radio"/> Serviço de urgência ou emergência	<input type="radio"/> Teleatendimento	

5. CPF*	6. CNS – Cartão Nacional de Saúde	7. Prontuário	8. Identificação Preferencial do Usuário*
			<input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
9. Nome Completo do Usuário - Civil*			
10. Nome Social			
11. Nome Completo da Mãe*			
12. Data de Nascimento*	13. Raça/cor*	14. Sexo atribuído ao Nascimento*	
	<input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Ignorada	<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo	
15. Identidade de Gênero*	16. Orientação Sexual*		
<input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário	<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica		
17. UF de Nasc.*	18. Cidade de Nascimento*	19. País de Nascimento*	20. Nacionalidade*
21. Situação do estrangeiro:	22. Habitante de fronteira	23. UF de Residência*	24. Cidade de Residência*
<input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Não residente	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
25. Gestante*	26. Escolaridade*	27. Pessoa em situação de rua no momento*	28. Pessoa privada de liberdade no momento*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> Ignorado	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
29. Permite Contato*	30. Tipo de telefone:	31. Telefone para contato (DDD+Número)	32. Observações:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular		
33. E-mail			

34. Circunstância da Exposição:*	35. Data da exposição*
<input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual	
36. Teste para HIV*	37. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?"
<input type="radio"/> Teste Rápido <input type="radio"/> Autoteste <input type="radio"/> Sorologia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

38. Esquemas preferenciais para PEP e posologias

Faixa etária/ou critérios	Esquemas Preferenciais	
Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos	<input type="radio"/>	Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)
0 a 4 semanas (1 mês de vida) ¹	<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 ($\geq 3\text{kg}$)
Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenoitoína 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)

¹ Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, utilizar: "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical

39. Autotestes dispensados para usuário e/ou pares e parcerias性ual:	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		
40. Pessoa fonte multiexperimentada?*	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	41. Esquema alternativo?*	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Medicamento	Apresentação	Posologia Diária

43. Prescritor	44. Técnico Responsável pela dispensação	45. Recebi em:	
Tipo de conselho _____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	
UF do conselho: _____			
Data: ____/____/____ Nº do conselho _____			
(carimbo e assinatura)		(assinatura do Usuário SUS)	

ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.

NOVEMBRO2024

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01. Serviço de Atendimento:** Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência, CTA, Extramuros e Teleatendimento.
- 02. Origem do acompanhamento:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 03. CNES do Estabelecimento de Saúde:** Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 04. Nome do Estabelecimento de Saúde:** Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 05. 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.
- 06. CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 07. Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS no serviço de saúde.
- 08. 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).
- 09. Nome Completo do Usuário - Civil:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 10. Nome Social:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 11. Nome Completo da Mãe:** Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.
- 12. Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.
- 13. 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.
- 14. Sexo atribuído ao nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. (preenchimento obrigatório)
- 15. 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).
- 16. 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).
- 17. UF de Nasc:** Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)
- 18. Cidade de Nascimento:** Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.
- 19. País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório)
- 20. Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório).
- 21. Situação do estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente ou não residente. (preenchimento obrigatório)
- 22. Habitante de Fronteira:** Verificar se o paciente é habitante de fronteira, independentemente de ser residente ou não. (preenchimento obrigatório)
- 23. UF de residência:** Unidade da Federação da residência do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)
- 24. Cidade de Residência:** Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia. (preenchimento obrigatório)
- 25. Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas (preenchimento obrigatório)
- 26. 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 freqüentando ou freqüentou. Lembretes: até 3^a série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4^a a 7^a 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" (preenchimento obrigatório)
- 27. Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não. (preenchimento obrigatório)
- 28. Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade. (preenchimento obrigatório)
- 29. Permite contato:** Informar se o usuário (a) permite ser contatado (preenchimento obrigatório). Para resposta afirmativa preencher os **campos 29, 30, 31 e 32**.
- 30. Tipo de telefone:** Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.
- 31. Telefone para contato (DDD + número):** N° do telefone deve ser precedido pelo DDD.
- 32. Observações:** Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, Se é número de whatsapp, etc., ou demais informações que forem pertinentes.
- 33. E-mail:** E-mail de contato do(a) usuário(a).
- 34. 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" (preenchimento obrigatório).
- 35. Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco. (preenchimento obrigatório).
- 36. Teste para HIV:** Inserir o tipo de teste para HIV realizado (preenchimento obrigatório).
- 37. Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?>:** Informar se nos últimos 3 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo. (preenchimento obrigatório).
- 38. Esquemas preferenciais para PEP e posologias:** Lista dos Esquemas antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor deverá assinalar um "x" no esquema preferencial.
- 39. Número de autoteste de HIV para entregar para usuário (a), pares/ parcerias sexuais:** Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a para sua autotestagem e entrega para pares e/ou parcerias sexuais.
- 40. Pessoa fonte multiexperimentada:** Assinalar se pessoa fonte conhecida com histórico de ser multiexperimentada a antirretrovirais. (preenchimento obrigatório).
- 41. Esquemas alternativos:** Assinalar caso seja prescrito esquema alternativo. Os medicamentos de escolha deverão ser informados no campo específico com prescrição legível. (preenchimento obrigatório).
- 42. Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada ou esquemas alternativos.** informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária.

Faixa Etária	Esquema Preferencial	Medicamentos Alternativos
Adultos e crianças acima de 6 anos*	TDF/3TC + DTG 50mg	Impossibilidade do uso de TDF: AZT Impossibilidade do uso de DTG 50mg: DRV/r 800mg + 100mg
0 a 14 dias de vida	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: NVP
Acima de 14 dias a 4 semanas	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: NVP
Acima de 4 semanas até 6 anos	AZT + 3TC + DTG 5mg**	Impossibilidade do uso de DTG: LPV/r

Posologia pelo peso: *TDF ≥ 35kg; DTG 50mg ≥ 20kg, **DTG 5mg ≥ 3kg.

43. Prescritor: Assinatura e carimbo do prescritor responsável.

44. Técnico responsável pela dispensação: Assinatura do técnico responsável pela dispensação.

45. Recebi em: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.