

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

1 - Nome Social do usuário				2 - Categoria do Usuário					
Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)				<input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Criança <input type="checkbox"/> Gestante HIV+					
3 - Este formulário tem a validade de: <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> 120 dias <input type="checkbox"/> 150 dias <input type="checkbox"/> 180 dias						4 - CPF			
5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml		Realizado na: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada		6 - N° do Prontuário		7 - Manter esquema ARV anterior: () Sim () Não			
<input type="checkbox"/> < 50 <input type="checkbox"/> 50 - 1000 <input type="checkbox"/> > 1000 - Data do Exame ____/____/____									
8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa:									
9 - Contraindicação de dose fixa combinada "2 em 1" e "3 em 1" por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
Contraindicação ao ATZ? <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Interação Medicamentosa									
Última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ____ mL/min, na data ____/____/____									
10 - Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				11 - Paciente Coinfectado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C					
12 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Coinfecção com tuberculose <input type="checkbox"/> Outro - especificar: <input type="checkbox"/> Falta de medicamento <input type="checkbox"/> Resistência ao Raltegravir <input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV: _____ <input type="checkbox"/> Gestação _____ sigla(s) do(s) ARV _____				13 - ARV de Uso Restrito <input type="checkbox"/> Autorizado por câmara técnica <input type="checkbox"/> Autorizado pelo MS		14 - Situação Especial <input type="checkbox"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa - N° Protocolo: _____			
15 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)									
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)				<input type="checkbox"/> Tenofovir _{300mg} (TDF) / Lamivudina _{300mg} (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir _{50mg} (DTG)					
ANTIRRETROVIRAL									
DFC "3 em 1"		Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia							
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						
	Didanosina - ddI		mL de sol. oral 20mg/mL/dia						
	Estavudina - d4T		mL de pó p/sol. oral 1mg/mL/dia						
	Lamivudina - 3TC		comp. de 150mg/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		
ITRNN	Efavirenz - EFZ		comp. de 600mg/dia		caps. de 200mg /dia		mL de sol. oral 30mg/mL /dia		
	Nevirapina - NVP		comp. de 200mg/dia				mL de susp. oral 10mg/mL/dia		
Inibidores de Protease (IP)	Atazanavir - ATV		caps. de 300mg/dia		caps. de 200mg /dia				
	Darunavir - DRV		comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg /dia		comp. de 75mg /dia		
	Fosamprenavir - FPV							mL de susp. oral 50mg/mL/dia	
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 200mg + 50mg/dia		comp. de 100mg + 25mg/dia		mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia		
	Ritonavir - RTV		comp. de 100mg/dia				mL de sol. oral 80mg/mL/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		
	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				mL de sol. oral 100mg/mL/dia		
16 - Médico									
Data: ____/____/____ CRM: _____ (Carimbo e assinatura)									
17 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)									
1ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)				4ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)					
2ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)				5ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)					
3ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)				6ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)					