

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

1 - Nome Social do usuário

2 - Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)

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

☐ Homem
☐ Mulher
☐ Mulher Transexual
☐ Travesti/Mulher Travesti
☐ Homem Transexual

8 - Circunstância de exposição

☐ Acidente Ocupacional
☐ Exposição Sexual Consentida
☐ Violência Sexual
Transmissão Vertical:
☐ Parturiente
☐ RN de mãe infectada pelo HIV

9 - Pessoa-fonte multiexperimentada

☐ Sim
☐ Não
☐ Desconhecido

10 - Gestante

☐ SIM ☐ NÃO

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 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais

☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Dolutegravir 50mg (DTG)
(1 comp. coformulado/dia) (1 comp./dia)

16 - Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes

☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Raltegravir (RAL) 400mg
(1 comp. coformulado/dia) (1 comp. de 12/12h)

17 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos

A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. Preenchê-la no item 13

☐ 0 - 14 dias - Zidovudina (AZT) Sol. Oral + Lamivudina (3TC) Sol. Oral + Nevirapina (NVP) Sol. Oral
☐ 14 dias - 2 anos - Zidovudina (AZT) Sol. Oral + Lamivudina (3TC) Sol. Oral + Lopinavir/r (LPV/r) Sol. Oral
☐ 2 anos - 12 anos - Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)

18 - 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

Lamivudina - 3TC comp. de 150mg/dia mL de sol. oral 10mg/mL/dia

Tenofovir - TDF comp. de 300 mg/dia

Zidovudina - AZT caps. de 100mg/dia Solução injetável 10 mg/mL/dia mL de Xarope 10mg/mL/dia

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)

Nevirapina - NVP mL de suspensão oral 10mg/mL /dia

Inibidores de Protease (IP)

Atazanavir - ATV caps. de 200mg/dia caps. de 300 mg /dia

Darunavir - DRV comp. de 150mg /dia comp. de 75mg /dia comp. de 600mg /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 mL de sol. oral 80mg/mL/dia

Inibidores da Integrase (INI)

Raltegravir - RAL comp. de 400 mg/dia comp. de 100 mg/dia

Dolutegravir - DTG comp. de 50 mg/dia

ARV de Uso Restrito

Darunavir - DRV comp. de 150mg /dia comp. de 75mg /dia comp. de 600mg /dia

Dolutegravir - DTG comp. de 50 mg/dia

Enfuvirtida - T-20 frascos-amp. de 90 mg/mL/dia

Etravirina - ETR comp. de 100mg/dia comp. de 200mg/dia

Maraviroque - MVQ comp. de 150mg/dia

Raltegravir - RAL comp. de 400 mg/dia comp. de 100 mg/dia

Tipranavir - TPV caps. de 250mg/dia mL de sol. oral 100mg/mL/dia

ANTIRRETROVIRAL

19 - Médico

Data ____/____/____ CRM : _____

(carimbo e assinatura)

20 - Farmacêutico responsável

Data ____/____/____ CRF : _____

(carimbo e assinatura)

21 - Recebi em ____/____/____

(assinatura do usuário)