Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)

2 - Nº de Prontuário	3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta	4 - Sexo	5 - Data da exposição
		☐ Feminino ☐ Masculino	

6 - Circunstância de exposição

- ☐ Acidente Ocupacional
- ☐ Exposição Sexual Consentida
- ☐ Planejamento Reprodutivo
- ☐ Violência Sexual
- ☐ Outros _____

7 - Nº de dias para dispensa ☐

Transmissão Vertical:

- ☐ Parturiente
- ☐ RN de mãe infectada pelo HIV

8 - Categoria de usuário (Populações Chave)

- ◯ Gays e outros homens que fazem sexo com homens
- ◯ Profissional do Sexo
- ◯ Pessoas que usam álcool e outras drogas
- ◯ Transexual
- ◯ Travesti
- ◯ Outras populações

9 – Esquema preferencial para PEP

☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg (1 comp. Coformulado/dia) + Atazanavir 300mg (ATV) (1 comp./dia) + ritonavir 100mg (r) (1 comp./dia)

10 – Esquemas alternativos para PEP

- ☐ Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg (2 comp./dia) + Atazanavir (ATV/r) (1 comp./dia) + ritonavir 100mg (r) (1 comp./dia)
- ☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg (1 comp./dia) + Lopinavir/r (LPV/r) 200mg+50mg (4 comp./dia)
- ☐ Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg (2 comp./dia) + Tenofovir 300mg (1 comp./dia)

11 – Medicamentos ARV *(Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)*

ANTIRRETROVIRAL

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	
Didanosina - ddI	☐ caps. de 250mg/dia	☐ caps. de 400mg /dia	☐ mL de sol. oral de 10mg/mL/dia	
Estavudina - d4T			☐ mL de sol. oral 1mg/mL/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 sol. oral 10mg/mL /dia	
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)				
Efavirenz - EFZ	☐ comp. de 600 mg/dia	☐ caps. de 200 mg /dia	☐ mL de sol. oral 30 mg/mL /dia	
Nevirapina - NVP	☐ comp. de 200mg/dia		☐ 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 300mg/dia	☐ comp. de 150mg /dia	☐ comp. de 75mg /dia	☐ comp. de 600mg /dia
Fosamprenavir - FPV	☐ comp. de 700mg/dia		☐ mL de suspensão oral 50mg/mL/dia	
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	☐ comp. de 200mg / 50 mg/dia	☐ Comp. de 100mg / 25mg/dia	☐ mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL /dia	
Ritonavir - RTV	☐ caps. de 100mg/dia	☐ comp. de 100mg/dia	☐ mL de sol. oral 80mg/mL/dia	
Saquinavir - SQV	☐ caps. mole de 200mg/dia			
ARV de Terceira Linha				
Darunavir - DRV	☐ comp. de 300mg/dia	☐ comp. de 150mg /dia	☐ comp. de 75mg /dia	☐ comp. de 600mg /dia
Enfuvirtida - T-20	☐ frascos-amp. de 90 mg/mL/dia			
Etravirina - ETR	☐ comp. de100mg/dia			
Maraviroque - MVQ	☐ comp. de 150mg/dia			
Raltegravir - RAL	☐ comp. de 400 mg/dia			
Tipranavir - TPV	☐ caps. de 250mg/dia		☐ mL de sol. oral 100mg/mL/dia	

12 - Médico

Data _____/_____/_____ CRM : _____

_____

(carimbo e assinatura)

13 - Farmacêutico responsável

Data _____/_____/_____ CRF : _____

_____

(carimbo e assinatura)

14 - Recebi em _____/_____/_____

_____

(assinatura do usuário)

Setembro / 2015

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.

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a 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.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde , em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informaçõees sobre seu tratamento.

   ATENÇÃO: **Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".**

Versão Setembro – 2015

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

01 - Nome do usuário: Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.
02 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS.
03 –Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/pessoa exposta: Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém nascido ou da pessoa exposta
04 – Sexo de nascimento: informar o sexo ao nascimento
05- Data da exposição: Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
06 – Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente ocupacional, exposição sexual consentida, planejamento reprodutivo, violência sexual, outros. E caso seja profilaxia da transmissão vertical se é para a parturiente ou para o RN da mãe infectada pelo HIV.
07- N^0 de dias para dispensa: Informar o número de dias de profilaxia dispensado.
08 - Categoria de Usuário: Informar se o usuário pertence a uma das populações chave. Este campo deve ser preenchido conforme a autodeclaração do usuário.
09- Esquema Preferencial para PEP: TENOFOVIR/LAMIVUDINA (TDF/3TC)$_{300/300mg}$ + ATAZANAVIR$_{300mg}$ + ritonavir$_{100mg,}$, 1 comprimido de cada ao dia. Ao escolher esse esquema, basta assinalar um "x"e o campo 11 não precisa ser preenchido.
10- Esquemas Alternativos de PEP: Apenas em caso de contraindicação ao esquema preferencial, basta assinalar um "x"e o campo 11 não precisa ser preenchido. Nos quadros abaixo os ARV indicados em caso de necessidade de substituição.

Esquema preferencial para PEP	Contraindicação ao	Esquemas alternativos de PEP
TDF/3TC + ATV/r	TDF	**AZT/3TC** + ATV/r
	ATV/r	AZT/3TC + **LPV/r**
	ATV/r e LPV/r	AZT/3TC + TDF

11- Medicamentos ARV: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multiexeprimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de **ARV de terceira linha** necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).
12 – Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
13 - Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa.
14 - Dispensa: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.