

Formulário de Solicitação de Medicamentos

1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde		2 - CPF*		3 - SINAN		4 - Prontuário	
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*						7 - Categoria de usuário IG: Semanas	
6 - Nome Social							
8 - Este formulário tem a validade de:		9 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL Data do exame		10 - Manter o esquema ARV anterior:		11 - Data do desfecho da gestação:	
12 - Peso:		13 - Contraindicação ao DTG por interação medicamentosa?					
14 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa:							
15 - 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?							
16 - Contraindicação ao Atazanavir (ATV) ?							
17 - Início de tratamento?		18 - Paciente coinfectado?		19 - ARV de uso restrito		20 - Situação Especial: Nº do Protocolo:	
21 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)				*Medicamento:			
				**Outro:			

*Se o motivo for Reações adversas, marcar a sigla do medicamento - ** Se o motivo for Outro - Especificar no campo digitável

*Se o motivo for Reações adversas, marcar a sigla do medicamento - ** Se o motivo for Outro - Especificar no campo digitável

****Outro:**

22 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto) ○ **Tenofovir** 300mg (TDF) / **Lamivudina** 300mg (3TC) “2 em 1” + **Dolutegravir** 50mg (DTG)

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					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)	Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia		comp. 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					
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg /dia			comp. de 75mg /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		mg de pó/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					

23 - Prescritor CRM: _____
 Data: _____ RMS: _____
 (Carimbo e assinatura)

24 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora e de Medicamento – UDM)

1ª dispensação Data: ____/____/____ _____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)	4ª dispensação Data: ____/____/____ _____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)
2ª dispensação Data: ____/____/____ _____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)	5ª dispensação Data: ____/____/____ _____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)
3ª dispensação Data: ____/____/____ _____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)	6ª dispensação Data: ____/____/____ _____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos com ☐ indicam que uma única resposta é possível.
- Os campos com ☐ indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

MAR/2020

DESCRIÇÃO DOS CAMPOS

- 01 - CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a). Caso o(a) usuário(a) SUS seja cadastrado no SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, o número do cartão do SUS virá preenchido automaticamente.
- 02 - 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.
- 03- SINAN -** Informar o número especificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- 04 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS no serviço.
- 05 - Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil:** Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).
- 06 - Nome social:** De acordo com o Decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que diverja do nome de registro.
- 07 - Categoria de Usuário:** HIV/AIDS Adulto (≥ 13 anos), Criança (< 13 anos) e Gestante HIV+ (mulheres grávidas no momento da dispensação). No caso de Gestante HIV+, informar a idade gestacional (IG), ou seja, o número de semanas de gestação.
- 08 - Este formulário tem validade de:** Validade do formulário para 30, 60, 90, 120, 150 ou 180 dias com retirada de no máximo de 90 dias, conforme disponibilidade de estoque da UDM. O médico definirá por quantos dias o formulário terá validade e a UDM avaliará a possibilidade de dispensação para períodos maiores que 30 dias e até 90 dias.
- 09 - Último exame de carga viral:** Informar o valor do último exame de carga viral, a data de realização e o local onde foi realizado, se na rede pública ou privada. Este campo é de preenchimento obrigatório para a dispensação de ARV, desde novembro de 2015.
- 10 - Manter esquema ARV anterior:** Caso seja marcada a opção **sim**, os campos de 12 ao 20 não precisarão ser preenchidos.
- 11 - Data do desfecho da gestação:** Informar a data do parto ou do aborto E alterar a categoria de Usuário SUS de Gestante HIV+ para HIV/AIDS Adulto.
- 12 – Peso:** Informar se o peso do usuário do SUS é maior ou menor que 35 kilos.
- 13 - Contraindicação ao DTG por interação medicamentosa:** Marcar a opção a qual o usuário do SUS utiliza para justificar a contraindicação ao Dolutegravir.
- 14 - Contraindicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, justificativa:** Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificá-los.

Preferencial – Adulto e Gestante		
TDF / 3TC + DTG	Esquema inicial preferencial 1ª linha Adulto , exceto para mulheres em idade fértil que possam engravidar	
TDF / 3TC + RAL	Esquema inicial preferencial para Gestante > 14 semanas	
TDF / 3TC + ATV/r	Esquema inicial preferencial para Gestante ≤ 14 semanas	
TDF / 3TC / EFZ	Esquema inicial preferencial para Gestante ou mulheres em idade fértil que possam engravidar	
TDF / 3TC / EFZ	Esquema inicial na Coinfecção TB-HIV sem critério de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)	
TDF / 3TC + RAL	Esquema inicial na Coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo: - CD4 < 100 céls/mm³ - Presença de outra infecção oportunista - Necessidade de internação hospitalar/Doença grave - TB disseminada	
Alternativo – Adulto e Gestante		
TDF / 3TC / EFZ	Esquema inicial alternativo Adulto em caso de intolerância ou contraindicação ao DTG ou RAL (no caso das gestantes)	
TDF / 3TC + RAL	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ para Coinfectados TB-HIV <i>Concluída a situação (tratamento completo de TB), poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG</i>	
Observação: O ABC é alternativa para compor o esquema de início de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com resultado negativo ao exame de hipersensibilidade ao ABC (HLA-B*5701) - ABC + 3TC + DTG		
Observação: O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF e ABC.		
	Preferencial – Crianças < 35 Kg	Alternativo – Crianças < 35 Kg
14 dias a 3 meses	AZT + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + NVP
3 meses a 2 anos	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + NVP
2 anos a 3 anos	ABC + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP
3 anos a 12 anos	ABC + 3TC + RAL	AZT + 3TC + EFV
Observação: O esquema para crianças de 0 a 14 dias de idade deverá ser prescrito no Formulário de Solicitação de Medicamento – Profilaxia.		

- 15 - 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? Registrar **SIM**, caso haja contraindicação e **NÃO**, caso contrário.
- 16 - Contraindicação ao Atazanavir ATV:** Marcar o motivo da contraindicação – Nefropatia, Interação Medicamentosa ou Toxicidade.
- 17 - Início de tratamento?** Situação em que o Usuário SUS iniciará tratamento ARV no referido mês. Se **SIM**, informar também se o usuário é coinfectado em tratamento de tuberculose.
- 18 - Paciente Coinfectado:** Informar se o paciente é coinfectado TB, Hepatite B ou Hepatite C.
- 19 - ARV de Uso Restrito:** Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica).
- 20 - Situação Especial:** Situação em que o Usuário SUS está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.
- 21 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha terapêutica, Falta de Medicamento, Resistência ao Raltegravir, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reação(ões) adversa(s) ao(s) ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).
- 22 - Medicamentos ARV:** Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o médico deverá assinalar um “x” no esquema preferencial ou para os demais ARV, informar a quantidade prescrita ao Usuário. Caso o esquema se mantenha o mesmo da prescrição anterior, basta preencher até o campo *Manter esquema ARV anterior*.
- 23 - Prescritor:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição, se é o CRM ou RMS.
- 24 - Recibo:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e do Usuário SUS acusando o recebimento do(s) medicamento(s) naquela dispensação. Registrar o número de dias da dispensação atual para realizar o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento(s).