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 - Dat			4 - Data o	ata de Nascimento		5 - Órgão genital de nascimer		nto	6 - Orientação Sexual			
7 – Identidade de Gênero 8 - Circunstância d			tância de e	exposição	Transmis	são Vertical:	9 – Pessoa-fo multiexperim	T	10 - Gestante	11 - Contraindicação ao esquema preferencial:		
12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses : 13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, 14 - Data da exposição moradia ou serviços em troca de sexo?										l - 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 – Esquema Preferencial para PEP em Gestantes				Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC)300mg/300mg + Raltegravir (RAL)400mg (1 comp. coformulado/dia) (1 comp. de 12/12h)								
17 – Esquema Preferencial para menores de 12 anos A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso.				0 – 14 dias 14 dias – 2 anos 2 anos – 12 anos Zidovudina _{(AZT)Sol. Oral} + Lamivudina _{(3TC)Sol. Oral} + Nevirapina 2 anos – 12 anos Zidovudina _{(AZT)Sol. Oral} + Lamivudina _{(3TC)Sol. Oral} + Lopinavir/r ₍₁ Zidovudina _(AZT) + Lamivudina _(3TC) + Raltegravir _(RAL)					+ Lopinavir/r _{(LPV/r)Sol. Oral}			
18	- Medicamentos ARV (Preencher no	quadrículo	α ΟΠΑΝΤΙΙ	DADE de comp/ca	ns/ml que deve s	er usada diaria	mente)				
	- 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		de 300mg / 300						,			
Ī	Zidovudina / Lamivudina	comp	comp. de 300mg / 150mg/dia									
ŀ	Lamivudina - 3TC	com	comp. de 150mg/dia mL de sol. oral 10mg/mL/dia									
ŀ	Tenofovir - TDF	=	comp. de 300 mg/dia									
	(\equiv	de 100mg/dia		Caluaña iniatéur	.1 40	10 mg/mL/dia mL de 10mg/mL/dia					
	Zidovudina - AZT	<u> </u>		nscriptas								
ľ	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN) Nevirapina - NVP mL de suspensão oral 10mg/mL /dia											
į	Inibidores de Protease (IP)											
	Atazanavir - ATV	caps. o	le 300 mg /dia									
3	Darunavir - DRV	comp.	de 600mg /dia		comp. de 150mg /dia		comp. de 75mg /dia					
Lopinavir / ritonavir - LPV/r				comp. de 100mg	comp. de 100mg / 25mg/dia		mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL /dia					
Darunavir - DRV comp. de 6 Lopinavir / ritonavir - LPV/r Ritonavir - RTV comp. de 4 Raltegravir - RAL comp. de 4 Dolutegravir - DTG comp. de 5		le 100mg/dia	/dia mg de pó/dia									
				Inibidores da Integrase (INI)								
Y	Raltegravir - RAL	comp. c	comp. de 400 mg/dia comp. de 100 mg/dia									
	Dolutegravir - DTG	le 50 mg/dia										
₹	Darunavir - DRV	comp	le 600mg/dia		ARV de Uso Restrito		comp. de 75mg	comp. de 75mg /dia				
		<u> </u>			comp. de 150mg /dia			only, ac 1 villy fulla				
	Dolutegravir - DTG Enfuvirtida - T-20	\equiv	comp. de 50 mg/dia									
-	(\equiv	frascos-amp. de 90 mg/mL/dia									
	Etravirina - ETR	<u> </u>	le100mg/dia		comp. de 200m	igidia						
	Maraviroque - MVQ		omp. de 150mg/dia									
	Raltegravir - RAL	<u> </u>	le 400 mg/dia		comp. de 100 mg/dia							
	Tipranavir - TPV	anavir - TPV caps. de 250mg/dia										
19 - Prescritor CRM : Data RMS:					20 - Farmacêutico responsável Data/ CRF :			21 - Recebi em/				
_	(carimbo e assina	ntura)		(carimbo e assinatura)				(assinatura do usuário)				

ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencha adequadamente cada espaco/lacuna disponível do Formulário.

ATENÇÃO! A duração da PEP é de 28 dias!

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01- Nome Social do usuário: Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- **02- Nome Civil do usuário:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recémnascido informar o nome da mãe.
- 03- CPF: Número do CPF do Usuário SUS.
- **04- Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta.
- **05- Órgão genital de nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
- **06- 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).
- **07- 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).
- 08- Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento.
- **09- Pessoa-fonte multiexperimentada:** Pessoa sabidamente infectada pelo HIV e em tratamento antirretroviral.
- 10- Gestante: Informar se a Usuária SUS está gestante ou não.
- 11- Contraindicação ao esquema preferencial: Informar se existe contraindicação ao esquema preferencial.
- 12 Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses.
- 13 Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.

Esquemas preferenciais							
15 – Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais	TDF/3TC + DTG						
16 – Esquema Preferencial para PEP em Gestantes	TDF/3TC + RAL						
17 – Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária:							
0 – 14 dias	AZT sol.oral + 3TC sol. Oral + NVP sol. oral						
14 dias – 2 anos	AZT sol.oral + 3TC sol. Oral + LPV/r sol. oral						
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL						

- **18- Medicamentos ARV:** Relação dos medicamentos disponibilizados pelo SUS para o tratamento antirretroviral. O médico deverá informar posologia diária de cada medicamento prescrito ao Usuário SUS.
- 19 Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- **20- Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.
- 21- Assinatura do Usuário SUS: Assinatura do Usuário SUS acusando o recebimento do(s) medicamento(s) naquela dispensa.