

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 <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="radio"/> HIV/AIDS - Criança <input type="radio"/> HIV/AIDS - Gestante IG: _____ Semanas
6 - Nome Social _____			
8 - Este formulário tem a validade de: <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 180 dias	9 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL <input type="radio"/> < 50 <input type="radio"/> 50 - 1000 <input type="radio"/> > 1000 Exame realizado na rede: <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada Data do exame ____/____/____	10 - Manter o esquema ARV anterior: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	11 - Data do desfecho da gestação: ____/____/____

12 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa: _____

13 - 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? sim não

14 - Contraindicação ao **Atazanavir (ATV)**? Nefropatia Interação Medicamentosa Toxicidade

15 - Início de tratamento? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	16 - Paciente coinfectado? <input type="radio"/> TB <input type="radio"/> Hepatite B <input type="radio"/> Hepatite C	17 - ARV de uso restrito <input type="radio"/> Autorizado pela Câmara Técnica	18 - Situação Especial <input type="radio"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa Nº Protocolo: _____
---	--	--	---

19 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)

<input type="radio"/> Falha terapêutica	<input type="radio"/> Resistência ao Raltegravir	Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV	<input type="radio"/> Gestação
<input type="radio"/> Falta de medicamento	<input type="radio"/> Coinfecção com tuberculose	_____	<input type="radio"/> Outro – especificar: _____

20 - 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	caps. de 200mg/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		

21 - Médico Data: ____/____/____
(Carimbo e assinatura)

22 - Recibo (para preenchimento exclusivo da unidade dispensadora e de medicamento – UDM)

1ª dispensação Data: ____/____/____ _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ____ dias _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do usuário)</small>	4ª dispensação Data: ____/____/____ _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ____ dias _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do usuário)</small>
2ª dispensação Data: ____/____/____ _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ____ dias _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data: ____/____/____ _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ____ dias _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do usuário)</small>
3ª dispensação Data: ____/____/____ _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ____ dias _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do usuário)</small>	6ª dispensação Data: ____/____/____ _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ____ dias _____ <small style="text-align: right;">(Assinatura do usuário)</small>

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)

NOV/2019

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 possuírem nome social que divirja 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:** Alterar a categoria de Usuário SUS gestante HIV+ para HIV/AIDS Adulto e Informar a data do parto ou do aborto no sistema.
- 12 - 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Concluída a situação (tratamento completo de TB) , poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG
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	
14 dias a 3 meses	AZT + 3TC + LPV/r
3 meses a 2 anos	ABC + 3TC + LPV/r
2 anos a 3 anos	ABC + 3TC + RAL
3 anos a 12 anos	ABC + 3TC + RAL
Alternativo – Crianças < 35 Kg	
14 dias a 3 meses	AZT + 3TC + NVP
3 meses a 2 anos	AZT + 3TC + NVP
2 anos a 3 anos	AZT + 3TC + NVP
3 anos a 12 anos	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.	

- 13 - 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.
- 14 - Contraindicação ao Atazanavir ATV:** Marcar o motivo da contraindicação – Nefropatia, Interação Medicamentosa ou Toxicidade.
- 15 - 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.
- 16 - Paciente Coinfectado:** Informar se o paciente é coinfectado TB, Hepatite B ou Hepatite C.
- 17 - ARV de Uso Restrito:** Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica).
- 18 - Situação Especial:** Situação em que o Usuário SUS está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.
- 19 - 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) a(o)s ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).
- 20 - 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*.
- 21 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 22 - Recibo:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação. Informar o número de dias da dispensação atual para realizar o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento.