

FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE: ENFUVIRTIDA DARUNAVIR (MARCAR OS DOIS SE NECESSÁRIO)

Médico Solicitante: _____

CRM: _____

Telefone/e-mail do Médico Solicitante: _____

Estado/Município: _____

Unidade de Atendimento: _____

Telefone e Responsável para Contato: _____

Nome Completo do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Município de Nascimento: _____

História terapêutica do paciente (início, períodos e esquemas anti-retrovirais utilizados)

Justificativa para uso do medicamento solicitado (enviar cópia do teste de genotipagem e anexar o laudo do MRG quando disponível):

Esquema proposto (registrar a combinação de ARV solicitada):

CD4
Atual:
Cel/mm³

DATA

__/__/__

CV Atual:
Cópias/ml

DATA

__/__/__

Médico Solicitante:

Data: ____/____/____

(carimbo e assinatura)

Médico Autorizador:

Data: ____/____/____

(carimbo e assinatura)

CE DST/AIDS

Data: ____/____/____

(carimbo e assinatura)

Todos os campos são de preenchimento obrigatório