

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS DE USO RESTRITO.

1. Medicamento(s) solicitado(s):				
<input type="checkbox"/> Enfuvirtida	<input type="checkbox"/> Etravirina	<input type="checkbox"/> Maraviroque	<input type="checkbox"/> Raltegravir	<input type="checkbox"/> Tipranavir
2. Informações do médico solicitante:				
Nome Completo:				
RMS ou CRM:		UF:		
Telefone 1:		Telefone 2:		
E-mail(s):				
3. Informações do serviço:				
Município:		UF:		
Nome da Unidade de Atendimento:				
Telefone 1:		Telefone 2:		
Responsável para Contato:				
4. Informações do Usuário SUS				
Nome Completo:				
Nome Social:				
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):		Peso Corporal (Kg):	(para < 18 anos)	
Nome da Mãe:				
Município de Nascimento:			UF:	
5. História terapêutica do paciente (esquemas antirretrovirais utilizados com respectivos períodos de início e troca)				
6. Justificativa para uso do medicamento solicitado:				
7. Esquema antirretroviral proposto:				
8. CD4 atual			9. CV atual	
cel/mm3		Data:	cópias/mL	
			Data:	
10. Médico solicitante:				
Data:			_____ (carimbo e assinatura)	
CRM:	RMS:	UF:		
11. Médico autorizador:				
Data:			_____ (carimbo e assinatura)	
CRM:	RMS:	UF:		