

Formulário de Solicitação de Medicamentos

CNS – Cartão Nacional de Saúde	CPF*	SINAN	Prontuário
Nome Completo do Usuário - Civil*			Categoria de usuário <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="radio"/> HIV/AIDS - Criança <input type="radio"/> HIV/AIDS - Gestante
Nome Social			
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	Último exame de Carga Viral em cópias/mL <input type="radio"/> < 50 <input type="radio"/> 50 - 1000 <input type="radio"/> > 1000 Data do exame / /	Exame realizado na rede: <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada	Manter o esquema ARV anterior: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não

Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa:

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

Início de tratamento? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Paciente coinfestado? <input type="radio"/> TB <input type="radio"/> Hepatite B <input type="radio"/> Hepatite C	ARV de uso restrito <input type="radio"/> Autorizado pela câmara técnica <input type="radio"/> Autorizado pelo MS	Situação Especial <input type="radio"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa Nº Protocolo:
--	---	---	--

Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)
 Falha terapêutica Resistência ao Raltegravir Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV Gestação
 Falta de medicamento Coinfecção com tuberculose Outro – especificar: _____

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
	Didanosina - ddl			mL de pó p/ sol. oral 4g/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
ITRNN	Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia	caps. 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
	Fosamprenavir - FPV			mL de susp. oral 50mg/mL/dia
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r	comp. de 200mg + 50mg/dia	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		mL de sol. oral 100mg/mL/dia

Médico Data: ___/___/___
(Carimbo e assinatura)

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

1ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ___ dias _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do usuário)</small>	4ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ___ dias _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do usuário)</small>
2ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ___ dias _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ___ dias _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do usuário)</small>
3ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ___ dias _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do usuário)</small>	6ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para ___ dias _____ <small style="margin-left: 200px;">(Assinatura do usuário)</small>

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos sombreados (hachurados) são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

SET/2018

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

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.

CPF: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena. Caso o(a) usuário(a), por motivo de roubo ou outro, esteja sem documentação, informar provisoriamente como Pessoa em situação de rua e colocar nas observações para correções posteriores.

SINAN -

Número de Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.

Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil: Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).

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.

Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável): Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação (preenchimento obrigatório).

Cidade de Nascimento (cidade/UF): Nome da cidade de nascimento e UF (preenchimento obrigatório).

País de Nascimento: Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Nacionalidade: Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Situação do Estrangeiro: Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.

Identificação preferencial do(a) usuário(a): Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).

Data de Nascimento: Informar a data de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Sexo: Marque com "X" sobre o sexo do Usuário SUS.

Raça / Cor: Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida. (Preenchimento obrigatório).

Escolaridade: Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos".

Pessoa em situação de rua no momento: Informar se o paciente está em situação de rua ou não.

Pessoa privada de liberdade no momento: Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade.

Uso de álcool: Assinalar se nos últimos 3 meses houve uso de álcool (5 ou mais doses em até 2 horas).

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) (Preenchimento obrigatório).

Órgão Genital de Nascimento: Perguntar ao(a) usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis (Preenchimento obrigatório).

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) (Preenchimento obrigatório).

Uso de álcool -

Uso de drogas: Assinalar as substâncias utilizadas nos últimos 3 meses.

Troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços: Marcar a resposta declarada pelo(a) usuário(a), referente aos últimos seis meses.

Endereço: Refere-se ao endereço de residência do(a) usuário(a) - nome da rua, avenida, entre outros.

Bairro: Refere-se ao bairro de residência do(a) usuário(a).

CEP: Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do(a) usuário(a).

Cidade de Residência: Refere-se ao município, cidade de residência do(a) usuário(a).

E-mail: E-mail de contato do(a) usuário(a).

Tipo e Telefone (DDD + número): Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular. Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD. Poderão ser registrados mais de um número.

Observação: Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, número de whatsapp, etc., ou demais informações que forem pertinentes.

Acompanhamento Médico no momento: Para os(as) Usuário(as) SUS atendidos na rede pública, marque um "X" em **pública**, para aqueles(as) Usuário(as) SUS atendidos por médicos particulares, indique **privada**. (Preenchimento obrigatório).

Pessoas autorizadas a Retirar o Medicamento: O(a) Usuário(a) SUS, no ato do seu cadastramento, poderá indicar pessoas autorizadas a retirar medicamentos em seu nome, quando for necessário (no máximo 3 nomes).

Responsável pelo Atendimento: Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo do médico.

Usuário SUS: Informar a data do atendimento com assinatura do(a) Usuário(a) SUS.

Campo Assinatura: Assinatura do usuário.