

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

1 - Nome Social do usuário			2 - Categoria do Usuário		
Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)			<input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Criança <input type="checkbox"/> Gestante HIV+		
3 - Este formulário tem a validade de: <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> 120 dias <input type="checkbox"/> 150 dias <input type="checkbox"/> 180 dias			4 - CPF		
5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml <input type="checkbox"/> < 50 <input type="checkbox"/> 50 - 1000 <input type="checkbox"/> > 1000 - Data do Exame ___/___/___		Realizado na: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada		6 - N° do Prontuário	7 - Manter esquema ARV anterior: () Sim () Não
8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa:					
9 - 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? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Contraindicação ao Atazanavir (ATV) ? <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Interação Medicamentosa <input type="checkbox"/> Toxicidade					
10 - Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			11 - Paciente Coinfectado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C		
12 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Coinfecção com tuberculose <input type="checkbox"/> Outro - especificar: _____ <input type="checkbox"/> Falta de medicamento <input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV _____ <input type="checkbox"/> Resistência ao Raltegravir <i>sigla(s) do(s) ARV</i> _____ <input type="checkbox"/> Gestação			13 - ARV de Uso Restrito <input type="checkbox"/> Autorizado por câmara técnica <input type="checkbox"/> Autorizado pelo MS	14 - Situação Especial <input type="checkbox"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa - N° Protocolo: _____	
15 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)					
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)		<input type="checkbox"/> Tenofovir ^{300mg} (TDF) / Lamivudina ^{300mg} (3TC) "2 em 1" + Dolutedegravir ^{50mg} (DTG)			
ANTIRRETROVIRAL					
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		
	Didanosina - ddI		mL de sol. oral 20mg/mL/dia		
	Estavudina - d4T		mL de pó p/ sol. oral 1mg/mL/dia		
	Lamivudina - 3TC		comp. de 150mg/dia		
	Tenofovir - TDF		comp. de 300mg/dia		
ITRNN	Zidovudina - AZT		caps. de 100mg/dia		solução injetável 10 mg/mL/dia
	Efavirenz - EFZ		comp. de 600mg/dia		caps. de 200mg/dia
Inibidores de Protease (IP)	Nevirapina - NVP		comp. de 200mg/dia		mL de susp. oral 10mg/mL/dia
	Atazanavir - ATV		caps. de 300mg/dia		caps. de 200mg/dia
	Darunavir - DRV		comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia
	Fosamprenavir - FPV		mL de susp. oral 50mg/mL/dia		
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 200mg + 50mg/dia		comp. de 100mg + 25mg/dia
Inibidores de Integrase	Ritonavir - RTV		comp. de 100mg/dia		
	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
	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	
16 - Médico					
Data: ___/___/___ CRM: _____ (Carimbo e assinatura)					
17 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)					
1ª dispensação Data ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ dias (Assinatura do usuário)			4ª dispensação Data ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ dias (Assinatura do usuário)		
2ª dispensação Data ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ dias (Assinatura do usuário)			5ª dispensação Data ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ dias (Assinatura do usuário)		
3ª dispensação Data ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ dias (Assinatura do usuário)			6ª dispensação Data ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ dias (Assinatura do usuário)		

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra legível, dentro do espaço das lacunas.
2. **ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma Unidade Dispensadora de Medicamento/UDM que for mais conveniente. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NO BLOQUEIO DA DISPENSAÇÃO".**

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

01 - Nome do usuário: Nome social ou civil completo do usuário SUS, **sem qualquer abreviação.**

02 - Categoria de Usuário: HIV/AIDS ADULTO (≥ 13 ANOS), CRIANÇA (< 13 ANOS) E GESTANTE HIV+ (MULHERES GRÁVIDAS NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO).

03 - 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 para dispensação para períodos maiores que 30 dias e até 90 dias.

04 - CPF: Informar CPF do usuário SUS (somente números).

05 - 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.

06 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS.

07 - Manter esquema ARV anterior: Caso seja marcada a opção **sim**, os campos de 8 ao 14 **não** precisarão ser preenchidos.

08 - Contraindicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, justificativa: Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificá-los. Os ARV indicados em caso de necessidade de substituição são:

Preferencial - Adultos

TDF / 3TC + DTG	Esquema para início de tratamento a partir de 2017
TDF / 3TC / EFZ	Esquema para início de tratamento nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV sem critério de gravidade (conforme critérios elencados abaixo) - Gestantes
TDF / 3TC + RAL	Esquema para tratamento 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 - Adultos

TDF / 3TC / EFZ	Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contraindicação ao DTG
TDF / 3TC + RAL	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ, nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes <i>Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG</i>
ABC + 3TC + DTG	Esquema para início de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com resultado negativo ao exame de hipersensibilidade ao ABC (HLA-B*5701).

Observações: O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF e ABC.

Preferencial - Crianças

Esquema Preferencial de 1ª linha (< 35 Kg)	AZT + 3TC + ITRNN NVP: crianças < 3 anos EFZ: crianças ≥ 3 anos
---	--

09 - Contraindicação de dose fixa combinada (DFC) "TDF + 3TC" ou "TDF +3TC +EFZ" por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? Contraindicação ao ATV por Nefropatia, por interação medicamentosa ou toxicidade.

10 - Início de tratamento? Corresponde ao Usuário Adulto com HIV/Aids, criança com HIV/Aids e Gestantes HIV+ que iniciarão tratamento ARV no referido mês. Se SIM, informar também se o usuário é coinfetado em tratamento de tuberculose.

11 - Paciente Coinfetado: Se o paciente é coinfetado TB, Hepatite B ou Hepatite C.

12 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral: Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha terapêutica, Falta de Medicamento, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).

13 - ARV de Uso Restrito: Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica) ou federal (MS).

14 - Situação Especial: Situação em que o paciente está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.

15 - Medicamentos ARV: Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS. O médico deverá assinalar um "x" caso no esquema preferencial, em caso de início de tratamento. Para os demais ARVs, informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso o esquema se mantenha o mesmo da prescrição anterior, basta preencher até o campo 6.

16 - Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

17 - 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.