

**ANEXO II - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS DE USO RESTRITO.**

<b>1. Medicamento(s) solicitado(s):</b>			
<input type="checkbox"/> Darunavir	<input type="checkbox"/> Dolutegravir	<input type="checkbox"/> Enfuvirtida	<input type="checkbox"/> Etravirina
<input type="checkbox"/> Maraviroque	<input type="checkbox"/> Raltegravir	<input type="checkbox"/> Tipranavir	
<b>2. Informações do médico solicitante:</b>			
Nome Completo: _____			
CRM/DF: _____/_____			
Telefone(s): ( _____ ) - _____			
E-mail(s): _____			
<b>3. Informações do serviço:</b>			
Município/UF: _____/_____			
Nome da Unidade de Atendimento: _____			
Telefone(s): ( _____ ) - _____			
Responsável para Contato: _____			
<b>4. Informações do paciente:</b>			
Nome Completo: _____			
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): ____/____/____    Peso Corporal (Kg): _____ (para < 18 anos)			
Nome da Mãe: _____			
Município de Nascimento/UF: _____/_____			
<b>5. História terapêutica do paciente (esquemas antirretrovirais utilizados com respectivos períodos de início e troca)</b>			
<b>6. Justificativa para uso do medicamento solicitado:</b>			
<b>7. Esquema antirretroviral proposto:</b>			
<b>8. CD4 atual</b>	<b>Data:</b>	<b>9. CV atual</b>	<b>Data:</b>
cel/mm3	____/____/____	cópias/mL	____/____/____
<b>10. Médico solicitante:</b>		<b>11. Ministério da Saúde (logística)</b>	
Data: ____/____/____		_____ (carimbo e assinatura)	
_____ (carimbo e assinatura)			
<b>12. Médico autorizador:</b>		<b>13. CE DST/aids (responsável pelo envio das informações -fax):</b>	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
_____ (carimbo e assinatura)		_____ (carimbo e assinatura)	