

1. Categoria de usuário* ☐ HIV/AIDS - Criança ☐ Tratamento para crianças sem definição diagnóstica					
2. CPF*		3. SINAN		4. Prontuário	
5. Nome Completo do Usuário - Civil*					
6. Nome Social					
7. Data de nascimento*: ____/____/____		8. Início de tratamento?* ☐ Sim ☐ Não		9. Peso*: _____ kg	
				10. Paciente com coinfeção? ☐ TB ☐ Hepatite B ☐ Hepatite C	
				11. Manter TARV anterior*: ☐ Sim ☐ Não	
12. Motivo para mudança na terapia antirretroviral (TARV) ☐ Falha virológica ☐ Resistência a inibidor de integrase ☐ Falta de medicamento ☐ Coinfeção com tuberculose					
10. Reação(ões) adversa(s) a(o)s ARV _____ ☐ Adequação à faixa etária ☐ Outro – especificar: _____					
13. ARV de uso restrito ☐ Autorizado por câmara técnica		14. Último exame de Carga Viral em cópias/mL ☐ <50 ☐ 50 - 199 ☐ 200 - 499 ☐ 500 - 1000 ☐ >1000		15. Exame realizado na rede: ☐ Pública ☐ Privada	
16. Teste de HLA-B*5701 ☐ Presença do alelo HLA-B*5701 ☐ Ausência do alelo HLA-B*5701 ☐ Não realizado HLA					
17. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: ☐ Rifampicina ☐ Fenitoína ☐ Efavirenz sem Inibidor da Protease ☐ Oxcarbazepina ☐ Carbamazepina ☐ Fenobarbital ☐ Resistência a Inibidor da Integrase				18. Origem do acompanhamento*: ☐ Público ☐ Privado	

19. Esquema preferencial conforme faixa etária			
Idade	Terapia Antirretroviral		
Até 28 dias	☐ Zidovudina (AZT) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia 2 - 4 mg/kg/dose - 2x/dia¹	☐ Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia 2 mg/kg/dose - 2x/dia	☐ Raltegravir (RAL) Sachês/dia (granulado) ○ 1,5 mg/kg - 1x/dia (1ª sem) ○ 3 mg/kg/dose - 2x/dia (2ª- 4ª sem)
>= 28 dias a 3 meses	☐ Zidovudina (AZT) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia 9 - 12 mg/kg/dose - 2x/dia	☐ Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia ○ 4 mg/kg/dose - 2x/dia ○ ou 10 mg/kg/dose - 1x/dia³ ○ ≥25 kg: 150 mg 12/12h (máx. 300 mg/dia) ○ ou ≥25 kg: 300 mg 1x/dia³	☐ Dolutegravir (DTG) comp. Dispersível de 5mg/dia - uso 1x/dia ○ 3 - <6 kg ⇒ 1 cp(5 mg) ○ 6 - 10 kg < 6 meses⇒ 2 cp(10 mg) ○ 6 - 10 kg ≥ 6 meses⇒ 3 cp(15 mg) ○ 10 - 14 kg ⇒ 4 cp(20 mg) ○ 14 - 20 kg ⇒ 5 cp(25 mg) ○ > 20 kg ⇒ 6 cp(30 mg) ou comp. de 50mg/dia - uso 1x/dia ⁴ ○ > 20 kg ⇒ 1 cp 50mg revestido
>= 3 meses a 6 anos	☐ Abacavir (ABC)² mL de sol. Oral 20mg/mL/dia ○ 8 mg/kg/dose - 2x/dia ○ Ou 16 mg/kg/dose – 1x/dia³ (máx. 600 mg/dia)		
>= 6 anos a 12 anos	☐ Bictegravir/Entricitabina/Tenofovir Alafenamida (BIC/FTC/TAF) comp. de 50mg + 200mg + 25mg/dia - de 6 anos e >25 kg 50mq + 200mq + 25mq - 1x/dia		

¹ conforme idade gestacional (ver tabela no verso) - ² Abacavir a partir do 3º mês de vida e com ausência do alelo HLA-B*5701 - ³ Se CV indetectável e CD4 estável ≥ 6 meses: considerar esquema 1x/dia - ⁴ Para crianças com peso superior a 20kg que deglutem comprimido: 1cp 50mg - **Observação:** no campo ☐, escrever a quantidade de comprimidos/mL/sachês por dia.

20. Dosagem diária prescrita por ARV

DFC - Lamivudina/Dolutegravir (3TC/DTG)	comp. de 300mg + 50mg/dia
DFC - Bictegravir/Entricitabina/Tenofovir Alafenamida (BIC/FTC/TAF)	comp. de 50mg + 200mg + 25mg/dia
DFC - Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz (TDF/3TC/EFV)	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia

Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/ Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)	Tenofovir/Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia				Toda criança tem direito a genotipagem pré-tratamento
	Zidovudina/Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia				
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia		mL de sol. oral 20mg/mL /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	

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)	Etravirina - ETR	comp. de 200mg/dia
	Nevirapina - NVP	mL de susp. oral 10mg/mL/dia

Inibidores da Protease (IP)	Darunavir - DRV	comp. de 75mg/dia	comp. de 150mg/dia	comp. de 600mg/dia	comp. de 800mg/dia	
	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia				
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia				
	Lopinavir+Ritonavir(LPV)		mL de sol. Oral 80 +20 mg/mL/dia			

Inibidores da integrase (INI)	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia	comp. Dispersível de 5mg/dia
	Raltegravir - RAL		sachês/dia (granulado) – Somente para crianças < 28 dias.

Antagonista CCR5	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia
-------------------------	--------------------------	--------------------

21 - Prescritor UF do conselho: _____ Tipo de Conselho: _____
Data: ____/____/____ Conselho: _____
(Carimbo e assinatura)

22 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Farmácia)

Este formulário tem a validade de 180 dias

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do Dispensador) (Assinatura do usuário)	4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do Dispensador) (Assinatura do usuário)
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do Dispensador) (Assinatura do usuário)	5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do Dispensador) (Assinatura do usuário)
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do Dispensador) (Assinatura do usuário)	6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do Dispensador) (Assinatura do usuário)

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos com * 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)

AGOSTO/2026

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

1. Categoria de Usuário:

HIV/aids criança: indivíduos com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV e com idade inferior a 13 anos de idade (< 13 anos)

Tratamento para crianças sem definição diagnóstica: crianças com CV-HIV detectável e aguardando definição diagnóstica com DNA próviral ou segunda carga viral

2. 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.

3. SINAN: Informar o número de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

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

5. 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).

6. 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.

7. Data de Nascimento: Utilizar o formato dia/mês/ano(quatro dígitos) - Usar apenas números

8. Início de tratamento: Informar se o usuário está em início de tratamento ou não.

9. Peso do paciente: Informar peso corpóreo em quilogramas.

10. Paciente coinfetado: Se o paciente é coinfetado TB, Hepatite B ou Hepatite C.

11. Manter esquema ARV anterior: Quando alterada a TARV deverá ser preenchido por qual motivo ocorreu a mudança de terapia.

12. Motivo para mudança de tratamento antirretroviral: Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha virológica, Falta de Medicamento, Resistência a Inibidor de Integrase, Coinfecção com tuberculose, 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. 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.

15. Exame realizado na rede: Se o exame de carga viral foi realizado na rede pública ou privada.

16. Teste de HLA-B*5701:

17. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: Marcar a opção a qual o usuário do SUS utiliza para justificar a contraindicação ao Dolutegravir.

18. Origem do acompanhamento: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.

19. Esquema preferencial conforme faixa etária: Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS para o esquema preferencial conforme faixa etária. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário.

Faixa etária	TARV para crianças e adolescentes			
	Preferencial		Alternativo	
	ITRN	3º ARV	ITRN	3º ARV
0 a 1 mês	AZT + 3TC	RAL	AZT + 3TC	LPV/r (14 dias)
1 a 3 meses	AZT + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r
3 meses a 3 anos	ABC ^(a) + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r
3 a 6 anos	ABC ^(a) + 3TC	DTG	AZT + 3TC TDF ^(b) / 3TC	DRV+RTV LPV/r
> 6 anos	BIC / FTC / TAF		AZT + 3TC TDF ^(b) / 3TC	DRV+RTV LPV/r
	TDF ^(b) / 3TC	DTG	AZT + 3TC ou ABC ^(a) + 3TC	DRV+RTV

(a). O abacavir (ABC) deve ser iniciado após o resultado de HLA-B*5701. A indisponibilidade do exame não deve postergar o início de TARV, devendo ser realizado com esquemas alternativos. (b). Crianças com peso maior que 35 kg: recomenda-se o início de esquema contendo tenofovir, preferencialmente na apresentação em dose fixa combinada (tenofovir + lamivudina 300 mg/300 mg), na posologia de 1 comprimido, via oral, uma vez ao dia..

20. Dosagem diária prescrita por ARV: Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS. O prescritor 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 12.

21. Prescritor: Assinatura e carimbo do prescritor responsável pela prescrição, e respectivo número de CRM ou RMS.

22. Recibo: 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

ARV	Idade gestacional	Dosagem		Intervalo	Observações
		Oral	Injetável		
3TC solução oral 10mg/mL	34 semanas ou mais	2mg/kg/dose	Não se aplica	12/12h	28 dias
AZT solução oral 10mg/mL ou AZT injetável (10mg/mL)*	Menor de 30 semanas	2 mg/kg/dose	1,3 mg/kg/dose	12/12h	28 dias
	Entre 30 e 35 semanas	2 mg/kg/dose	1,5 mg/kg/dose	12/12h	1º a 14º dia
	35 semanas ou mais	3 mg/kg/dose	2,3 mg/kg/dose	12/12h	15º a 28º dia
		4 mg/kg/dose	3 mg/kg/dose	12/12h	28 dias
RAL 100mg granulado para suspensão oral	37 semanas ou mais e peso ≥ a 2 kg	1,5mg/kg/dose	Não se aplica	1x ao dia	1 ao 7º dia
		3mg/kg/dose	Não se aplica	12/12h	8 a 28º dia