

SUS

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento - Criança

AGOSTO/2026

1. Categoria de usuário*
2. CPF*
3. SINAN
4. Prontuário

5. Nome Completo do Usuário - Civil*

6. Nome Social

7. Data de nascimento*:
8. Início de tratamento?*
9. Peso*:
10. Paciente com coinfeção?
11. Manter TARV anterior*:
12. Motivo para mudança na terapia antirretroviral (TARV) *Medicamento:
Obrigatório para mudança de tratamento - Selecione uma opção **Outro:

13. ARV de uso restrito
14. Último exame de Carga Viral em cópias/mL
15. Exame realizado na rede:

16. Teste de HLA-B*5701
17. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:
18. Origem do acompanhamento.*

19. Esquema preferencial conforme faixa etária

20. Dosagem diária prescrita por ARV

21 - Prescritor
22 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Farmácia)

Idade

Terapia Antirretroviral

Até 28 dias
≥ 28 dias a 3 meses
≥ 3 meses a 6 anos
≥ 6 anos a 12 anos

Zidovudina (AZT)
mL de sol. Oral 10mg/mL/dia
2 - 4 mg/kg/dose - 2x/dia¹
Zidovudina (AZT)
mL de sol. Oral 10mg/mL/dia
9 - 12 mg/kg/dose - 2x/dia
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)
Bictegravir/Entricitabina/Tenofovir Alafenamida (BIC/FTC/TAF)
comp. de 50mg + 200mg + 25mg/dia - de 6 anos e >25 kg
50mg + 200mg + 25mg - 1x/dia

Lamivudina (3TC)
mL de sol. Oral 10mg/mL/dia
2 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

Raltegravir (RAL)
Sachês/dia (granulado)
1,5 mg/kg - 1x/dia (1ª sem)
3 mg/kg/dose - 2x/dia (2ª- 4ª sem)
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/dia⁴
> 20 kg ⇒ 1 cp 50mg revestido

DFC - Lamivudina/Dolutegravir (3TC/DTG)
DFC - Bictegravir/Entricitabina/Tenofovir Alafenamida (BIC/FTC/TAF)
DFC - Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz (TDF/3TC/EFV)

Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/ Nucleotídeos (ITRN/ITRNI)
Tenofovir/Lamivudina
Zidovudina/Lamivudina
Abacavir - ABC
Lamivudina - 3TC
Tenofovir - TDF
Zidovudina - AZT

comp. de 300mg + 300mg/dia
comp. de 300mg + 150mg/dia
comp. de 300mg/dia
mL de sol. oral 20mg/mL /dia
comp. de 150mg/dia
mL de sol. oral 10mg/mL /dia
comp. de 300mg/dia
caps. de 100mg/dia
solução injetável 10 mg/mL/dia
mL de sol. Oral 10mg/mL/dia

Toda criança tem direito a genotipagem pré-tratamento

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)
Etravirina - ETR
Nevirapina - NVP

comp. de 200mg/dia
mL de susp. oral 10mg/mL/dia

Inibidores da Protease (IP)
Darunavir - DRV
Atazanavir - ATV
Ritonavir - RTV
Lopinavir+Ritonavir(LPV)

comp. de 75mg/dia
caps. de 300mg/dia
comp. de 100mg/dia
mL de sol. Oral 80 +20 mg/mL/dia

Inibidores da integrase (INI)
Dolutegravir - DTG
Raltegravir - RAL

comp. de 50mg/dia
comp. Dispersível de 5mg/dia
sachês/dia (granulado) - Somente para crianças < 28 dias.

Antagonista CCR5
Maraviroque - MVQ

comp. de 150mg/dia

21 - Prescritor
Data:

UF do conselho:
Conselho:

Tipo de 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

2ª dispensação
Data: ____/____/____
Dispensação para ____ dias

3ª dispensação
Data: ____/____/____
Dispensação para ____ dias

4ª dispensação
Data: ____/____/____
Dispensação para ____ dias

5ª dispensação
Data: ____/____/____
Dispensação para ____ dias

6ª dispensação
Data: ____/____/____
Dispensação para ____ dias

Imprimir
Limpar Formulário
Salvar como

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 coinfestado: Se o paciente é coinfestado 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	Menor de 30 semanas	2 mg/kg/dose	1,3 mg/kg/dose	12/12h	28 dias
AZT injetável (10mg/mL)*	Entre 30 e 35 semanas	2 mg/kg/dose	1,5 mg/kg/dose	12/12h	1º a 14º dia
		3 mg/kg/dose	2,3 mg/kg/dose	12/12h	15º a 28º dia
	35 semanas ou mais	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