

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento - Criança

JAN2023

1. Categoria de usuário\*  HIV/AIDS - Criança  Tratamento para crianças sem definição diagnóstica

2. CPF\* \_\_\_\_\_ 3. CNS - Cartão Nacional de Saúde \_\_\_\_\_ 4. SINAN \_\_\_\_\_ 5. Prontuário \_\_\_\_\_

6. Nome Completo do Usuário - Civil\* \_\_\_\_\_

7. Nome Social \_\_\_\_\_

8. Este formulário tem a validade de:\*  150 dias  30 dias  60 dias  90 dias  120 dias  180 dias

9. Início de tratamento?\*  Sim  Não

10. Peso:  35 kg ou mais  Menos de 35 kg

11. Paciente coinfecado?  TB  Hepatite B  Hepatite C

12. Manter TARV anterior:  Sim  Não

13 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)

Falha virológica  Resistência a inibidor de integrase  Falta de medicamento  Coinfecção com tuberculose

Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV  Adequação à faixa etária  Outro - especificar: \_\_\_\_\_

14. ARV de uso restrito  Autorizado pela câmara técnica

15 - Situação Especial  Paciente em Protocolo de Pesquisa N° Protocolo: \_\_\_\_\_

16 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL\*  < 50  50 - 1000  > 1000

Data do exame \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

17 - Exame realizado na rede:\*  Pública  Privada

18. Contagem de linfócitos T CD4+ (Obrigatório para menores de 6 anos) Data do exame \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - Valor em %: \_\_\_\_\_ - Valor absoluto: \_\_\_\_\_

19. Exame realizado na rede  Pública  Privada

20. Contraindicação ao esquema preferencial, justificativa: \_\_\_\_\_

21 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:  uso de rifampicina  uso de carbamazepina  uso de fenitoína  uso de fenobarbital  Etravirina sem IP

22 - Origem do acompanhamento médico:\*  Público  Privado

23. Esquema preferencial conforme faixa etária

Idade	Terapia Antirretroviral		
14 dias a 1 mês	Zidovudina (AZT) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Raltegravir (RAL) Sachês/dia (granulado)
2 meses	Zidovudina (AZT) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Dolutegravir (DTG) comp. Dispersível de 5mg/dia - Acima de 3 kg
3 meses a 2 anos	Abacavir (ABC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Dolutegravir (DTG) comp. Dispersível de 5mg/dia
2 a 6 anos	Abacavir (ABC) mL de sol. Oral 20mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Dolutegravir (DTG) comp. Dispersível de 5mg/dia
6 a 12 anos	Tenofovir (TDF) comp. de 300mg/dia - Acima de 35kg	Lamivudina (3TC) comp. de 150mg/dia	Dolutegravir (DTG) comp. de 50mg/dia - Acima de 20 kg

24. Dosagem diária prescrita por ARV

Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz(TLE)	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
Tenofovir + Lamivudina (TL)	comp. de 300mg + 300mg/dia		
Zidovudina + Lamivudina (AZL)	comp. de 300mg + 150mg/dia		
Abacavir(ABC)	comp. de 300mg/dia		mL de sol. Oral 20mg/mL/dia
Atazanavir (ATV)	caps. de 300mg/dia		
Darunavir (DRV)	comp. de 75mg/dia	comp. de 150mg/dia	comp. de 600mg/dia
Dolutegravir(DTG)	comp. de 50mg/dia	comp. dispersível de 5mg/dia	
Efavirenz(EFZ)	comp. de 200mg/dia	comp. de 600mg/dia	mL de sol. Oral 30mg/mL/dia
Enfurvitida(T20)	frasco-amp. de 90mg/mL/dia		
Etravirina(ETR)	comp. de 100mg/dia		
Lamivudina(3TC)	comp. de 150mg/dia		mL de sol. Oral 10mg/mL/dia
Lopinavir+Ritonavir(LPV)	comp. de 100+25mg/dia		mL de sol. Oral 80 +20 mg/mL/dia
Maraviroque(MVO)	comp. de 150mg/dia		
Nevirapina(NVP)	comp. de 200mg/dia		mL de susp. oral 10mg/mL/dia
Raltegravir(RAL)	comp. de 100mg/dia	comp. de 400mg/dia	Sachês/dia (granulado)
Ritonavir(RTV)	comp. de 100mg/dia	envelope/dia	
Tenofovir(TDF)	comp. de 300mg/dia		
Tipranavir(TPV)	caps. de 250mg/dia		
Zidovudina(AZT)	caps. de 100mg/dia	mL de sol. injetável 10mg/mL/dia	mL de sol. Oral 10mg/mL/dia

25 - Prescritor

CRM: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RMS: \_\_\_\_\_

(Carimbo e assinatura)

26. Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)

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

Jan/2023

**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 abaixo de 5000 cópias/mL e aguardando definição diagnóstica com DNA próviral
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. 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.
4. SINAN: Informar o número de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).
5. Número de Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.
6. 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).
7. 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 possuem nome social que diverja do nome de registro.
8. Este formulário tem a 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.
9. Início de tratamento: Informar se o usuário está em início de tratamento ou não.
10. Peso do paciente: Informar peso corpóreo em quilogramas.
11. Paciente coinfestado: Se o paciente é coinfestado TB, Hepatite B ou Hepatite C.
12. Manter esquema ARV anterior: Quando alterada a TARV deverá ser preenchido por qual motivo ocorreu a mudança de terapia.
13. 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).
14. ARV de uso restrito: Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica) ou federal (MS).
15. Situação Especial: Situação em que o paciente está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.
16. 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.
17. Exame realizado na rede: Se o exame de carga viral foi realizado na rede pública ou privada.
18. Contagem de linfócitos T CD4+: Em crianças com idade abaixo de 6 anos informar, também, valor porcentual. Informar data do exame e o local onde foi realizado, se na rede pública ou privada.
19. Exame realizado na rede: Se o exame de contagem de linfócitos T CD4+ foi realizado na rede pública ou privada.
20. Contraindicação ao esquema preferencial: Em casos de contraindicação ao esquema preferencial conforme faixa etária, informar o motivo da contraindicação.
21. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: Marcar a opção a qual o usuário do SUS utiliza para justificar a contraindicação ao Dolutegravir.
22. Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
23. 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
14 dias a 1 meses	AZT + 3TC	RAL	AZT + 3TC	LPV/r
2 meses	AZT + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r
3 meses a 2 anos	ABC <sup>(a)</sup> + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r
2 a 6 anos	ABC <sup>(a)</sup> + 3TC	DTG	AZT + 3TC ou TDF <sup>(b)</sup> + 3TC	LPV/r
6 a 12 anos	TDF <sup>(a)</sup> + 3TC	DTG	AZT + 3TC ou ABC <sup>(a)</sup> + 3TC	DRV + RTV ou EFV <sup>(c)</sup>

(a). O abacavir (ABC) deve ser iniciado após o resultado de HLA\*B5701. A indisponibilidade do exame não deve postergar o início de TARV, devendo ser realizado com esquemas alternativos. (b). Crianças com peso a partir de 35kg. (c). Os ITRNN, efavirenz (EFZ) e nevirapina (NVP), são opções alternativas para crianças vivendo com HIV. Estes, devem ser utilizados apenas quando há genotipagem que confirme sensibilidade a estes medicamentos.

24. Dosagem diária prescrita por 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 12.
25. Prescritor: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição, e respectivo número de CRM ou RMS.
26. 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.