

1. Categoria de usuário*			
2. CPF*	3. CNS – Cartão Nacional de Saúde	4. SINAN	5. Prontuário

6. Nome Completo do Usuário - Civil\*

7. Nome Social

8. Data de nascimento:	9. Este formulário tem a validade de:*	10. Início de tratamento?*	11. Peso:	12. Paciente coinfectado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C	13. Manter TARV anterior:
------------------------	--	----------------------------	-----------	---	---------------------------

14 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) \*Medicamento:  
\*\*Outro:  
\*Se o motivo for Reações adversas, marcar a sigla do medicamento - \*\* Se o motivo for Outro - Especificar no campo digitável

15. ARV de uso restrito	16 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL	Data do exame	17 - Exame realizado na rede:
-------------------------	---	---------------	-------------------------------

18. Teste de HLA-B\*5701

19. Contraindicação ao esquema preferencial, justificativa:

20 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:

<input type="checkbox"/> Rifampicina	<input type="checkbox"/> Fenitoína	<input type="checkbox"/> Etravirina sem Inibidor da Protease	<input type="checkbox"/> Oxicarbazepina
<input type="checkbox"/> Carbamazepina	<input type="checkbox"/> Fenobarbital	<input type="checkbox"/> Resistência a Inibidor da Integrase	

21 - Origem do acompanhamento médico.\*

22. Esquema preferencial conforme faixa etária			
Idade	Terapia Antirretroviral		
Até 28 dias	Zidovudina (AZT) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Lamivudina (3TC) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Raltegravir (RAL) <small>Sachês/dia (granulado)</small>
>= 28 dias a 3 meses	Zidovudina (AZT) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Lamivudina (3TC) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Dolutegravir (DTG) <small>comp. Dispersível de 5mg/dia - Acima de 3 kg</small>
>= 3 meses a 6 anos*	Abacavir (ABC) <small>mL de sol. Oral 20mg/mL/dia</small>	Lamivudina (3TC) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Dolutegravir (DTG) <small>comp. Dispersível de 5mg/dia</small>
>= 6 anos a 12 anos	Tenofovir (TDF) <small>comp. de 300mg/dia - Acima de 35kg</small>	Lamivudina (3TC) <small>comp. de 150mg/dia</small>	Dolutegravir (DTG) <small>comp. de 50mg/dia - Acima de 20 kg</small>

\*Abacavir a partir do 3º mês de vida e com ausência do alelo HLA-B\*5701

23. 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)			mL de sol. Oral 80 +20 mg/mL/dia
Maraviroque(MVQ)	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		
Tenofovir(TDF)	comp. de 300mg/dia		
Zidovudina(AZT)	caps. de 100mg/dia	mL de sol. injetável 10mg/mL/dia	mL de sol. Oral 10mg/mL/dia

24 - Prescritor

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

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

(Carimbo e assinatura)

25. Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)

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

**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)

JULHO/2024

**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 divirja 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. Teste de HLA-B\*5701:**
- 19. Contraindicação ao esquema preferencial:** Em casos de contraindicação ao esquema preferencial conforme faixa etária, informar o motivo da contraindicação.
- 20. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:** Marcar a opção a qual o usuário do SUS utiliza para justificar a contraindicação ao Dolutegravir.
- 21. Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 22. 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 + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r
3 a 6 anos	ABC + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r
			TDF + 3TC	DRV/r
6 a 12 anos	ABC + 3TC	DTG	AZT + 3TC	DRV/r
			TDF + 3TC	LPV/r
> 12 anos	TDF + 3TC	DTG	ABC + 3TC	DRV/r
			AZT + 3TC	

(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.

- 23. 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.
- 24. Prescritor:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição, e respectivo número de CRM ou RMS.
- 25. 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.