

## Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - SINAN	4 - Prontuário
----------	------------------------------------	-----------	----------------

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*	7 - Categoria de usuário* <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adolescente <input type="radio"/> HIV/AIDS - Gestante IG: _____ Semanas
6 - Nome Social	

8 - Este formulário tem a validade de:* <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 180 dias	9 - Início de tratamento?*	10 - Peso:	11 - Paciente coinfectado?	12 - Manter o esquema ARV anterior:
	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	_____ Kg	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não

13 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)

Falha virológica     Resistência a inibidor de integrase    Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV     Gestação  
 Falta de medicamento     Coinfecção com tuberculose    \_\_\_\_\_     Outro – especificar: \_\_\_\_\_

14 - ARV de uso restrito <input type="radio"/> Autorizado pela Câmara Técnica	15 - Situação Especial <input type="radio"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa Nº Protocolo: _____	16 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL <input type="radio"/> < 50 <input type="radio"/> 50 - 1000 <input type="radio"/> > 1000 Data do exame ____/____/____	17 - Exame realizado na rede: <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada
--	--	--	---

18 - Contraindicação do uso de esquema com Dolutegravir?  uso de oxcarbamazepina    uso de dofetilida    uso de pilsaicinida    toxicidade

19 - Contraindicação de dose fixa combinada "2 em 1" e "3 em 1" por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal?  sim    não

20 - Contraindicação ao **Atazanavir (ATV)**?  Nefropatia    Interação Medicamentosa    Toxicidade

21 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: <input type="radio"/> uso de rifampicina <input type="radio"/> uso de fenitoína <input type="radio"/> Etravirina sem IP <input type="radio"/> uso de carbamazepina <input type="radio"/> uso de fenobarbital	22 - Data do desfecho da gestação: ____/____/____	23 - Origem do acompanhamento médico:*
		<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado

24 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

**Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)**     Tenofovir 300mg (TDF) / Lamivudina 300mg (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir 50mg (DTG)

DFC "3 em 1" Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz    comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia

<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/ Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)</b>	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia		
	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

<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)</b>	Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia	comp. de 200mg/dia	mL de sol. oral 30mg/mL/dia
	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia		mL de susp. oral 10mg/mL/dia

<b>Inibidores de Protease (IP)</b>	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia			
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg/dia	comp. de 75mg/dia	comp. de 800mg/dia
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 100mg + 25mg/dia		mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL/dia
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia		mg de pó/dia	

<b>Inibidores de integrase</b>	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia	

<b>Medicamentos de uso restrito</b>	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg/dia	comp. de 75mg/dia	comp. de 800mg/dia
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
	Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia			
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia	comp. de 200mg/dia		
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia			
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia		
Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia				

25 - Prescritor: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ RMS: \_\_\_\_\_ (Carimbo e assinatura)

26 - Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="font-size: small; display: block; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>	4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="font-size: small; display: block; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="font-size: small; display: block; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>	5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="font-size: small; display: block; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="font-size: small; display: block; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>	6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="font-size: small; display: block; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>