



1 - Categoria de usuário* **PVHA - Gestante** ☐ Sim ☐ Não IG: _____ Semanas _____ Dt desfecho da gestação: ____/____/____ ☐ **PVHA – Adulto e Adolescente**

2 - Serviço de atendimento* ☐ SAE tipo I ou II ☐ Serviço de Prevenção ☐ UBS/ESF ☐ Internação Hospitalar

3 - Origem do seguimento clínico:* ☐ Público ☐ Privado 4 - CPF* _____

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL _____ Data do exame ____/____/____
☐ <50 ☐ 50 - 199 ☐ 200 - 499 ☐ 500 - 1000 ☐ >1000 8 - Exame realizado na rede:
☐ Pública ☐ Privada

9 - Início de tratamento?* ☐ Sim ☐ Não 10 - Início de Tarv no exterior?* ☐ Sim ☐ Não 11 - Manter Tarv anterior? ☐ Sim ☐ Não 12 - Pessoa com coinfeção?
☐ TB ☐ Hepatite B ☐ Hepatite C

13 - Motivo para mudança na terapia antirretroviral (Tarv) ☐ Contraindicação ao TDF (especificar no campo 14)
☐ Falha virológica ☐ Indicação de terapia dupla ☐ Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV _____
☐ Gestação ☐ Resistência a inibidor da integrase ☐ Falta de medicamento
☐ Coinfeção ☐ Reintrodução após interrupção de tratamento ☐ Outro – especificar: _____

14 - Contraindicação ao TDF: ☐ Alteração na função renal ☐ Osteopenia/osteoporose ☐ Uso de medicamento nefrotóxico

15 - Indicação de DRV+RTV 600/100 mg: ☐ Gestante ☐ Apresenta mutação que confere resistência ao DRV
(V11I, V32I, L33F, I47V, I50V, I54M, T74P, L76V, I84V ou L89V)

16 - Indicação de esquema com Dolutegravir duas vezes ao dia:
☐ Rifampicina ☐ Fenitoína ☐ Etravirina sem Inibidor da Protease ☐ Outro
☐ Carbamazepina ☐ Fenobarbital ☐ Oxcarbazepina ☐ Resistência a Inibidor da Integrase 17 - ARV de uso restrito
☐ Autorizado pela Câmara Técnica

18 - Antirretrovirais (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 - 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 - TDF/3TC	comp. de 300mg + 300mg/dia	
	Zidovudina/Lamivudina - AZT/3TC	comp. de 300mg + 150mg/dia	
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia	
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia	mL de sol. oral 10mg/mL / dia
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia	
	Tenofovir Alafenamida - TAF	comp. de 25mg/dia	Uso exclusivo para pessoa com coinfeção HIV-HBV
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia

Inibidores da Protease (IP)	Darunavir - DRV	comp. de 800mg/dia	comp. de 600mg/dia
	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia	
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia	

Inibidores da Integrase (INI)	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia
--	--------------------	-------------------

Medicamentos de uso restrito

Etravirina - ETR	comp. de 200mg/dia	Fostensavir - FTR	comp. de 600mg/dia	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia
------------------	--------------------	-------------------	--------------------	-------------------	--------------------

19 - Prescritor(a)* Tipo de conselho: _____
Data: ____/____/____ UF do conselho: _____
Nº do conselho: _____ (carimbo e assinatura)

20 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Farmácia) **Este formulário tem validade de 180 dias**

Data: ____/____/____		
Dispensação para ____ dias	_____ (Assinatura do Dispensador)	_____ (Assinatura do usuário)
Data: ____/____/____		
Dispensação para ____ dias	_____ (Assinatura do Dispensador)	_____ (Assinatura do usuário)
Data: ____/____/____		
Dispensação para ____ dias	_____ (Assinatura do Dispensador)	_____ (Assinatura do usuário)
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

DESCRIÇÃO DOS CAMPOS

- 01. Categoria de Usuário: PVHA - Gestante** - Categoria para gestantes vivendo com HIV/aids. Informe a idade gestacional, correspondente ao número de semanas de gestação e, posteriormente, registre a data do desfecho da gestação, seja parto ou aborto. **Após o desfecho da gestação, altere a categoria de usuário. PVHA – Adulto e Adolescente.**
- 02. Serviço de atendimento:** SAE tipo I ou II, Serviço de Prevenção; UBS/ESF; Internação Hospitalar. **(preenchimento obrigatório).**
- 03. Origem do seguimento clínico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS. **(preenchimento obrigatório).**
- 04. CPF:** O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena. **(preenchimento obrigatório).**
- 05. Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil:** Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme documento de identidade oficial. **(preenchimento obrigatório).**
- 06. 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 divergente do nome de registro.
- 07. Último exame de carga viral:** Informar o resultado do último exame de carga viral e a data de realização.
- 08. Exame realizado na rede:** Informar se o exame de carga viral foi realizado na rede pública ou privada.
- 09. Início de tratamento:** Situação em que o Usuário SUS iniciará terapia antirretroviral (Tarv) no referido mês. **(preenchimento obrigatório).**
- 10. Início de Tarv no exterior:** Deve ser selecionado quando a pessoa iniciou o tratamento antirretroviral fora do Brasil e realizará sua primeira dispensação de ARV no país.
- 11. Manter esquema Tarv anterior:** Caso seja marcada a opção sim, os campos de 12 ao 19 não precisarão ser preenchidos.
- 12. Pessoa com coinfeção:** Informar se a PVHA apresenta coinfeção HIV com TB, Hepatite B ou Hepatite C (Mais de uma resposta é possível).

Recomendação para ajuste da Tarv - Coinfeção TB-HIV**Tratamento preferencial para Tuberculose (RHZE)**

TDF/3TC (300mg/300mg) - 01 comprimido, 1 vez ao dia.

DTG (50mg)* - 01 comprimido de 12/12 horas.

*Recomenda-se a manutenção do dolutegravir 50mg de 12/12h por 15 dias após a conclusão do tratamento com rifampicina.

- 13. Motivo para mudança na terapia antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha virológica, Falta de Medicamento, Resistência ao inibidor da integrase, Coinfeção, Gestação, Terapia dupla, Reintrodução após interrupção de tratamento, Contraindicação ao TDF (, Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV (informar sigla do ARV) ou outro (especificar o motivo).

- 14. Contraindicação ao TDF:** Informar o motivo: alteração da função renal ou osteopenia/osteoporose.

Situação	Esquema antirretroviral
Esquema preferencial	TDF/3TC + DTG
Intolerância ou contraindicação a DTG 50 mg/dia	Substituir DTG por DRV800mg/RTV100mg
Intolerância ou contraindicação a TDF	Considerar critérios para terapia dupla com 3TC/DTG ou BIC/FTC/TAF conforme recomendações vigentes.

- 15. Indicação de DRV/r 600mg + 100mg (12/12 horas):** Apenas para pessoas com mutações que confirmam resistência para o Darunavir: V11I, V32I, L33F, I47V, I50V, I54M, T74P, L76V, I84V ou L89V. Gestante ou PVHA com histórico de falha previa a IP sem reforço do Ritonavir.

- 16. Indicação de esquema com Dolutegravir duas vezes ao dia:** Marcar a opção que justifica o uso do Dolutegravir de 12/12 horas.

- 17. ARV de uso restrito:** marcar caso o esquema tenha sido aprovado pela câmara técnica.

- 18. Medicamentos ARV:** Lista dos ARV oferecidos pelo SUS. O prescritor deverá assinalar um "x" no esquema preferencial ou para os demais ARV, informar a quantidade prescrita ao Usuário.

- 20. Prescritor:** Assinatura, data e conselho profissional. Para assinatura digital ver anexo 1 do Ofício Circular nº 13/20/CGAHV/DCCI/SVS/MS.

ESTE FORMULÁRIO TEM A VALIDADE DE 180 DIAS