

1. Serviço de atendimento*	2. Origem do acompanhamento:*	3. CNES do Serviço de Atendimento
<input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Serviço de urgência ou emergência	<input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> Extramuros <input type="radio"/> Teleatendimento	<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
4. Nome do Serviço de Atendimento:		

5. CPF*	6. CNS – Cartão Nacional de Saúde	7. Prontuário	8. Identificação Preferencial do Usuário*
<input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social			
9. Nome Completo do Usuário - Civil*			
10. Nome Social			
11. Nome Completo da Mãe*			
12. Data de Nascimento*	13. Raça/cor*	14. Sexo atribuído ao Nascimento*	
	<input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta	<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo	
15. Identidade de Gênero*	16. Orientação Sexual*		
<input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário	<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica		
17. UF de Nasc.*	18. Cidade de Nascimento*	19. País de Nascimento*	
20. Nacionalidade*	21. Situação do Migrante:	22. País de Residência:	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Não residente		
23. Habitante de fronteira*	24. UF de Residência*	25. Cidade de Residência*	26. Gestante*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
27. Escolaridade*	28. Pessoa em situação de rua no momento*	29. Pessoa privada de liberdade no momento*	30. Permite Contato*
<input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> Ignorado	<input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
31. Tipo de telefone:	32. Telefone para contato (DDD+Número)	33. Observações:	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular		
34. E-mail			

35. Circunstância da Exposição:*	36. Data da exposição*
<input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual	
37. Teste para HIV*	38. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?"
<input type="radio"/> Teste Rápido <input type="radio"/> Autoteste <input type="radio"/> Sorologia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

39. Esquemas preferenciais para PEP e posologias

Faixa etária/ou critérios	Esquemas Preferenciais	
Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) ≥ 35 kg Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)	<input type="radio"/> ≥ 20 kg
0 a 4 semanas (1 mês de vida) ¹	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC) mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Raltegravir (RAL) mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)	
Acima de 4 semanas a 6 anos	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC) mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Dolutegravir (DTG) comp. para suspensão 5mg (≥ 3kg)	
Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenoitoína ou fenobarbital	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)	

¹ Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, utilizar: "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical

40. Autotestes dispensados para usuário e/ou pares e parcerias sexuais:	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		
41. Pessoa fonte multiexperimentada?*	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	42. Esquema alternativo?*	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

43. Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada ou esquemas alternativos.*
(informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária)

Medicamento	Apresentação	Posologia Diária

44. Prescritor	Tipo de conselho _____	45. Técnico Responsável pela dispensação	46. Recebi em:
	UF do conselho: _____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	Nº do conselho _____		
(carimbo e assinatura)		(carimbo e assinatura)	
		(assinatura do Usuário SUS)	

ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.

NOVEMBRO/2025

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01. Serviço de Atendimento:** Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência, CTA, Extramuros e Teleatendimento.
- 02. Origem do acompanhamento:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 03. CNES do Estabelecimento de Saúde:** Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 04. Nome do Estabelecimento de Saúde:** Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 05. 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.
- 06. CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 07. Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS no serviço de saúde.
- 08. Identificação Preferencial do Usuário:** Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).
- 09. Nome Completo do Usuário - Civil:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 10. Nome Social:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 11. Nome Completo da Mãe:** Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.
- 12. Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.
- 13. Raça/cor:** Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.
- 14. Sexo atribuído ao nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. (preenchimento obrigatório)
- 15. Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).
- 16. Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).
- 17. UF de Nasc:** Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)
- 18. Cidade de Nascimento:** Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.
- 19. País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório)
- 20. Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório).
- 21. Situação do migrante:** Informar se o usuário SUS é residente ou não residente. (preenchimento obrigatório).
- 22. País de Residência:** Preencher somente quando a opção “**Não Residente**” estiver selecionada no campo Situação do Migrante. Indicar o país onde o(a) usuário(a) reside habitualmente.
- 23. Habitante de Fronteira:** Verificar se o paciente é habitante de fronteira, independentemente de ser residente ou não. (preenchimento obrigatório)
- 24. UF de residência:** Unidade da Federação da residência do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)
- 25. Cidade de Residência:** Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia. (preenchimento obrigatório)
- 26. Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas (preenchimento obrigatório)
- 27. Escolaridade:** Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou. Lembrar: até 3^a série do ensino fundamental marcar “1 a 3 anos de estudo concluídos”, 4^a a 7^a série do ensino fundamental marcar “4 a 7 anos de estudo concluídos”, ensino fundamental completo ou ensino médio marcar “8 a 11 anos de estudo concluídos”, ensino superior completo ou incompleto marcar “de 12 a mais anos de estudo concluídos” (preenchimento obrigatório)
- 28. Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não. (preenchimento obrigatório)
- 29. Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade. (preenchimento obrigatório)
- 30. Permite contato:** Informar se o usuário (a) permite ser contatado (preenchimento obrigatório). Para resposta afirmativa preencher os **campos 29, 30, 31 e 32**.
- 31. Tipo de telefone:** Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.
- 32. Telefone para contato (DDD + número):** Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD.
- 33. Observações:** Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, Se é número de whatsapp, etc., ou demais informações que forem pertinentes.
- 34. E-mail:** E-mail de contato do(a) usuário(a).
- 35. Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, favor usar formulário específico “Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical” (preenchimento obrigatório).
- 36. Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco. (preenchimento obrigatório).
- 37. Teste para HIV:** Inserir o tipo de teste para HIV realizado (preenchimento obrigatório).
- 38. Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?>:** Informar se nos últimos 3 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo. (preenchimento obrigatório).
- 39. Esquemas preferenciais para PEP e posologias:** Lista dos Esquemas antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor deverá assinalar um “x” no esquema preferencial.
- 40. Número de autoteste de HIV para entregar para usuário (a), pares/ parcerias sexuais:** Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a para sua autotestagem e entrega para pares e/ou parcerias sexuais.
- 41. Pessoa fonte multiexperimentada:** Assinalar se pessoa fonte conhecida com histórico de ser multiexperimentada a antirretrovirais. (preenchimento obrigatório).
- 42. Esquemas alternativos:** Assinalar caso seja prescrito esquema alternativo. Os medicamentos de escolha deverão ser informados no campo específico com prescrição legível. (preenchimento obrigatório).
- 43. Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada ou esquemas alternativos.** informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária.

Faixa Etária	Esquema Preferencial	Medicamentos Alternativos
Adultos e crianças acima de 6 anos*	TDF/3TC + DTG 50mg	Impossibilidade do uso de TDF: AZT Impossibilidade do uso de DTG 50mg: DRV/r 800mg + 100mg
0 a 14 dias de vida	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: NVP
Acima de 14 dias a 4 semanas	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: NVP
Acima de 4 semanas até 6 anos	AZT + 3TC + DTG 5mg**	Impossibilidade do uso de DTG: LPV/r

Posologia pelo peso: *TDF ≥ 35kg; DTG 50mg ≥ 20kg; **DTG 5mg ≥ 3kg.

44. Prescritor: Assinatura e carimbo do prescritor responsável.

45. Técnico responsável pela dispensação: Assinatura do técnico responsável pela dispensação.

46. Recebi em: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.