

Cadastro
Serviço

1. Serviço de atendimento*	2. Origem do acompanhamento:*	3. CNES do Serviço de Atendimento
4. Nome do Serviço de Atendimento:		

Cadastro
Usuário

5. CPF*	6. CNS – Cartão Nacional de Saúde	7. Prontuário	8. Identificação Preferencial do Usuário*
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*	
15. Identidade de Gênero*		16. Orientação Sexual*	
17. UF de Nasc.*	18. Cidade de Nascimento*	19. País de Nascimento*	
20. Nacionalidade*	21. Situação do Migrante:	22. País de Residência:	
23. Habitante de fronteira* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	24. UF de Residência*	25. Cidade de Residência*	26. Gestante*
27. Escolaridade*		28. Pessoa em situação de rua no momento*	29. Pessoa privada de liberdade no momento*
30. Permite Contato*	31. Tipo de telefone:	32. Telefone para contato (DDD+Número)	33. Observações:
34. E-mail			

Exposição

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

Prescrição

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

¹Se 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:

Prescrição
Especial

41. Pessoa fonte multiexperimentada?*	42. Esquema alternativo?*	
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

UF do conselho:

Data:

Nº do conselho

45. Técnico Responsável pela dispensação

Data: __/__/__

46. Recebi em:

Data: __/__/__

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 frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª 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 devera 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.