

1. Tipo de dispensação:  Profilaxia parturiente com HIV  Profilaxia recém-nascido exposto ao HIV  Profilaxia lactente exposto ao HIV

2. CPF da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV\* 3 - CNS – Cartão Nacional de Saúde 4 - Prontuário 5 - Identificação Preferencial da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV \*

6. Nome Completo da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV \*

7. Nome Social da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV

8. Nome da Mãe da Parturiente ou avó da Criança Exposta ao HIV\*

9. Nome Completo da Criança Exposta ao HIV\*

**Campos de preenchimento obrigatório para Parturiente e Mãe da criança exposta ao HIV:**

10. D. N. da parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV\* 11 - Nacionalidade\* 12 - Raça/cor\* 13. Pessoa em situação de rua no momento\* 14. Pessoa Privada de Liberdade no momento\*

**Campos de preenchimento obrigatório para Parturiente e RN Exposto ao HIV no parto:**

15. Dispensação da profilaxia realizada\*: 16. Via de Parto: 17. Idade gestacional da Parturiente\* Semanas 18. Foi dispensada Cabergolina 0,5 mg?\*( Se sim, quantos comprimidos?

**Campos de preenchimento obrigatório para Parturiente e RN Exposto ao HIV no parto:**

\* no caso do lactente exposto ao HIV por amamentação é opcional 19. Último exame de Carga Viral da Parturiente/Mãe do RN em cópias/mL\* 20. Exame realizado na rede: Data do exame

**Campos de preenchimento para Criança exposta ao HIV:**  
\* no caso do lactente exposto ao HIV por amamentação campos obrigatórios

21. CPF da Criança exposta ao HIV 22. Data de Nascimento da Criança exposta ao HIV

**Parturiente**

**23. Esquema preferencial para parturiente**

Justificativa para uso de AZT cápsula no momento do parto

**Zidovudina Solução Injetável** - 2mg/kg na 1ª hora seguida e 1mg/kg na horas subsequentes .  mL de solução injetável 10mg/mL no momento do parto  
\*Parturientes que já estejam em uso de antirretroviral deverão manter seus esquemas nos horários habituais, via oral.

**Zidovudina cápsula** - 300mg no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300 mg a cada três horas, até o clampamento do cordão umbilical.  caps. de 100mg/durante o parto  
\*Uso em caráter excepcional, na falta do AZT injetável. É necessária a justificativa.

**Criança exposta ao HIV - no parto ou por amamentação**

**24. Esquema preferencial para recém-nascido (RN) exposto ao HIV no parto**

**BAIXO RISCO** Cenário: Uso de TARV na gestação E com Carga Viral do HIV indetectável (<50 cópias/mL) a partir da 28ª semana (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV

ARV	Quant./dia	Idade gestacional	Dosagem		Intervalo	Período
			Oral	Injetável		
AZT solução oral 10mg/mL ou <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menor de 30 semanas	2mg/kg/ dose	1,3mg/kg/dose	12/12h	28 dias
		Entre 30 e 35 semanas	2mg/kg/ dose	1,5mg/kg/dose	12/12h	1 a 14º dia
AZT injetável (10mg/ml)* *caráter excepcional <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 semanas ou mais	3mg/kg/ dose	2,3mg/kg/dose	12/12h	15 a 28º dia
		35 semanas ou mais	4mg/kg/ dose	3mg/kg/dose	12/12h	28 dias

**ALTO RISCO** Cenário: Parturiente sem pré-natal **OU**; sem TARV durante a gestação **OU**; com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a recebeu **OU**; com início de TARV após 2ª metade da gestação **OU**; com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento **OU**; com CV-HIV detectável (≥50 cópias/mL) no 3º trimestre, recebendo ou não TARV **OU**; sem CV-HIV conhecida **OU**; com Teste Rápido (TR) reagente para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio).

ARV	Quant./dia	Idade gestacional	Dosagem		Intervalo	Período
			Oral	Injetável		
AZT solução oral 10mg/mL ou <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menor de 30 semanas	2mg/kg/ dose	1,3mg/kg/dose	12/12h	28 dias
		Entre 30 e 35 semanas	2mg/kg/ dose	1,5mg/kg/dose	12/12h	1 a 14º dia
AZT injetável (10mg/ml)* *caráter excepcional <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 semanas ou mais	3mg/kg/ dose	2,3mg/kg/dose	12/12h	15 a 28º dia
		35 semanas ou mais	4mg/kg/ dose	3mg/kg/dose	12/12h	28 dias
3TC solução oral 10mg/mL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34 semanas ou mais	2mg/kg/dose		12/12h	28 dias
NVP Suspensão oral 10mg/ml <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 34 a 37 semanas ou ≥37 semanas (alternativa a RAL)	4mg/kg/dose		2x ao dia	1ª semana (34-37 sem)
			6mg/kg/dose		2x ao dia	2ª - 4ª semana ou 28 dias (≥37 semanas)
RAL 100mg granulado para suspensão oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 semanas ou mais e peso ≥ a 2 kg	1,5mg/kg/dose		1x ao dia	1 ao 7º dia
			3mg/kg/dose		2x ao dia	8 a 28º dia

**25. Profilaxia para lactente exposto ao HIV por amamentação**

Idade	Esquema terapêutico/Posologia diária (No caso lactente exposto ao HIV por amamentação com idade inferior a 4 semanas de vida ou peso inferior a 3kg, utilizar esquema descrito como ALTO RISCO no item 24)	Duração
≥4semanas (peso ≥ 3kg) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>AZT</b> (mL de Solução oral 10mg/mL) 4kg-9kg: 12mg/kg/dose 12/12h 9kg-30kg: 9mg/kg/dose 12/12h ≥30kg: 300mg 12/12h <input type="checkbox"/> <b>3TC</b> (mL de sol. oral 10mg/mL/dia) <30 dias de vida: 2mg/kg/dose 12/12h ≥30 dias: 4mg/kg/dose 12/12h (dose max. 300 mg/dia) <input type="checkbox"/> <b>DTG</b> (comp. para suspensão 5mg (≥ 3kg) 3 a <6kg: 1cp. 1x/dia 6 a <10kg: >6meses de idade - 2cp. 2x/dia; >6 meses de idade - 3 cp. 1x/dia 10 a <14kg: 4 cp. 1x/dia 14 a <20kg: 5 cp. 1x/dia	28 dias

26 - Prescritor Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CRM/RMS : \_\_\_\_\_ (carimbo e assinatura)

27 - Farmacêutico Responsável Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CRF : \_\_\_\_\_ (carimbo e assinatura)

28 - Recebi em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (assinatura do usuário)

## ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos com asterisco (\*) 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).

OUTUBRO/2024

## DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 1. Tipo de Dispensação:** Marcar "Profilaxia parturiente com HIV" para uso da zidovudina (AZT) injetável pela parturiente no momento do parto. Marcar "Profilaxia do recém-nascido exposto ao HIV" para prescrição de profilaxia na maternidade para crianças nascidas de mulheres vivendo com HIV. Marcar "Profilaxia do lactente exposto ao HIV" para prescrição de profilaxia a crianças expostas ao HIV através do aleitamento.
- 2. CPF da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV:** Inserir o CPF da Parturiente ou Mãe da Criança exposta ao HIV. **(Preenchimento obrigatório para prescrição de profilaxia de crianças expostas ao HIV e parturientes. As exceções previstas em lei são para população indígena, pessoas em situação de rua, estrangeiros).**
- 3. CNS – Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 4. Prontuário:** Número do prontuário do(a) usuário(a) utilizado pelo serviço de saúde.
- 5. Identificação Preferencial da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV:** 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.
- 6. Nome Completo da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV:** Preencher com o nome completo da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV, sem qualquer abreviação, exatamente como consta em um documento de identificação oficial. **(Preenchimento para prescrição de profilaxia de crianças expostas ao HIV e de parturientes).**
- 7. Nome Social da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV:** 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 possuírem nome social que diverja do nome de registro.
- 8. Nome Completo da Mãe da Parturiente ou da Mãe da Criança Exposta ao HIV:** Preencher com o nome completo da Mãe da Parturiente ou da Mãe da Criança Exposta ao HIV sem qualquer abreviação. **(Preenchimento para prescrição de profilaxia de crianças expostas ao HIV e de parturientes).**
- 9. Nome Completo da Criança Exposta ao HIV:** Preencher com o nome completo da Criança Exposta ao HIV sem qualquer abreviação, exatamente como consta em um documento de identificação oficial **(Preenchimento para prescrição de profilaxia de crianças expostas ao HIV e de parturientes).**
- 10. Data de Nascimento da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV:** Inserir data de nascimento da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV, no formato dd/mm/aaaa.
- 11. Nacionalidade:** Inserir a Nacionalidade da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV.
- 12. Raça/cor:** Pedir à Parturiente ou Mãe da Criança Exposta que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser autorreferida.
- 13. Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV está em situação de rua ou não.
- 14. Pessoa Privada de Liberdade no Momento:** Informar se Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade.
- 15. Dispensação da profilaxia realizada:** Informar se dispensação da profilaxia realizada em Parturiente foi realizada no momento do parto ou anterior ao parto.
- 16. Via de Parto:** Informar se o parto foi vaginal, cesárea eletiva ou cesárea emergencial. Essa informação será importante na profilaxia do recém-nascido exposto na gestação.
- 17. Idade gestacional da Parturiente:** Idade gestacional se refere ao tempo decorrido entre o 1º dia da última menstruação até o momento do parto. Favor informar a idade gestacional em semanas completas (aproximadamente de 23 a 42 semanas). **(Preenchimento obrigatório para prescrição de Parturiente e Recém-nascidos, se referindo à idade gestacional materna no momento do parto).**
- 18. Foi dispensado Cabergolina 0,5mg?** Informar se foi dispensado Cabergolina 0,5mg à Parturiente. Se Cabergolina 0,5 mg dispensada, registrar o número de comprimidos.
- 19. Último exame de Carga Viral Materna:** O campo deve ser preenchido com o resultado da última carga viral do HIV da parturiente, realizada antes do parto, para dispensação de profilaxia de Parturiente com HIV, e com a carga viral da Mãe da Criança Exposta, para profilaxia de lactentes (crianças expostas através de aleitamento) e Recém-Nascidos. Marcar "<50" para resultados de carga viral do HIV indetectável; marcar "50-1000" para resultados cujos valores estão dentro desse intervalo; e marcar "> 1000" para resultados acima de 1000 cópias/ mL. Marcar "desconhecido" apenas quando a mulher não tiver realizado exame de carga viral. Registrar data de realização do exame.
- 20. Exame realizado na rede:** Especificar onde o exame foi realizado, se na rede laboratorial "privada" ou "pública".
- 21. CPF da Criança exposta ao HIV:** Inserir o CPF da criança exposta.
- 22. Data de Nascimento da Criança exposta ao HIV:** Inserir data de nascimento da criança exposta ao HIV, no formato dd/mm/aaaa.
- 23. Esquema preferencial para parturiente:** O AZT injetável é o antirretroviral indicado para profilaxia da transmissão vertical do HIV, a ser administrado em parturientes com a última carga viral do HIV realizada antes do parto com qualquer valor detectável. Deve ser administrado assim que se iniciar o trabalho de parto ou três horas antes de iniciar a cesárea eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical. O médico deverá informar a quantidade prescrita. O AZT cápsula poderá ser utilizado em caráter de exceção, para isso é necessária a justificativa.
- 24. Esquema preferencial para recém-nascido (RN) exposto ao HIV no parto:** Esquema oferecido pelo SUS para a dispensação de antirretroviral (ARV) como esquema preferencial para recém-nascido (RN) exposto ao HIV no parto. O médico deverá analisar o cenário de exposição da criança e informar a posologia diária do(s) ARV prescrito(s).
- 25. Profilaxia para lactente exposto ao HIV por amamentação:** Medicamentos oferecidos pelo SUS para a profilaxia em criança exposta ao HIV por amamentação (lactente). O médico deverá informar a quantidade diária de cada ARV, prescrito à criança.
- 26. Prescritor:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição e respectivo número do CRM. Inserir data no formato dd/mm/aaaa.
- 27. Farmacêutico responsável:** Assinatura e carimbo do farmacêutico responsável e respectivo número do CRF. Inserir data no formato dd/mm/aaaa.
- 28. Recebido em:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do(s) medicamento(s) naquela dispensação. Inserir data de recebimento, no formato dd/mm/aaaa.