

1. UF DE SEGUIMENTO CLÍNICO DO PACIENTE*

2. Informações do Médico Solicitante:

Nome do médico Solicitante*

UF*

Tipo do conselho*

☐ CRM ☐ RMS

Número do conselho*

Data da solicitação*

Telefone para contato (DDD+Número)*

E-mail*

3. Informações da Unidade de atendimento:

Nome da unidade de atendimento*

UF

Cidade

4. Informações do Usuário SUS:

Nome Completo do Usuário - Civil*

Nome Social

Nome Completo da Mãe*

CPF*

Data de Nascimento*

Peso(kg)

UF de nasc.*

Cidade de Nascimento*

5. HISTÓRIA TERAPÊUTICA DO PACIENTE (esquemas antirretrovirais utilizados com respectivos períodos de início e troca e para cada esquema descrito, colocar o motivo de mudança do tratamento):*

6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE GENOTIPAGENS PRÉVIAS:

7. JUSTIFICATIVA PARA INDICAÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL SOLICITADA:*

Infecções Oportunistas

Comorbidades

Medicamento de uso contínuo

Observações

8. Esquema solicitado:*

10. Informações de CD4:

9. INFORMAÇÕES DE CARGA VIRAL HIV:

CD4 mais recente* _____ cel/mm3

Data ____/____/____

a) Última Carga Viral* _____ cópias/mL

_____ Log Data ____/____/____

b) Penúltima Carga Viral _____ cópias/mL

_____ Log Data ____/____/____

11. Informações adicionais para os pacientes em uso de Fostensavir 600mg:

☐ Ação judicial

(Inserir exames de genotipagem, quantificação de Carga Viral, contagem de linfócitos CD4 que subsidiaram a

☐ Ensaio clínico

indicação do uso do Fostensavir.)

Data de início do fostensavir*

Paciente em uso de Fostensavir 600mg há pelo menos 180 dias:

Carga viral após 180 dias de uso do FTR _____ cópias/mL _____ Log Data ____/____/____

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)

SETEMBRO/2026

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

1. UF de seguimento clínico do paciente: Informar a Unidade da Federação na qual o(a) usuário(a) SUS realiza o acompanhamento clínico.

2. Informações do médico solicitante:

Nome do médico solicitante: informar o nome completo do(a) médico(a), sem abreviações.

UF: informar a Unidade da Federação de registro do conselho profissional.

Tipo do conselho: assinalar a opção correspondente ao registro profissional: CRM ou RMS.

Número do conselho: informar o número do registro profissional do(a) médico(a) solicitante.

Data da solicitação: informar a data de preenchimento da solicitação, no formato dia/mês/ano.

Telefone para contato (DDD + número): informar um número de telefone para contato, incluindo o código DDD.

E-mail: informar o endereço eletrônico do(a) médico(a) solicitante.

3. Informações da unidade de atendimento:

Nome da unidade de atendimento: informar o nome completo do estabelecimento de saúde no qual o(a) usuário(a) SUS é atendido(a).

UF: informar a Unidade da Federação onde está localizada a unidade de atendimento.

Cidade: informar o município onde está localizada a unidade de atendimento.

4. Informações do(a) usuário(a) SUS:

Nome completo do(a) usuário(a) – civil: informar o nome completo, sem abreviações, conforme consta no documento oficial de identificação.

Nome social: informar o nome pelo qual a pessoa se identifica e é socialmente reconhecida. O campo deve ser preenchido quando o(a) usuário(a) possuir nome social diferente daquele constante no registro civil, conforme o Decreto nº 8.727/2016.

Nome completo da mãe: informar o nome completo da mãe, sem abreviações, conforme documento oficial. Na ausência dessa informação, registrar o nome completo do pai ou responsável.

CPF: informar corretamente o número do CPF. O preenchimento poderá ser dispensado nas exceções previstas para estrangeiros, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e indígenas.

Data de nascimento: informar a data de nascimento no formato dia/mês/ano.

Peso (kg): informar o peso, em quilogramas, quando o(a) usuário(a) tiver menos de 12 anos.

UF de nascimento: informar a Unidade da Federação de nascimento.

Cidade de nascimento: informar o município de nascimento.

5. História terapêutica do paciente

Informar todos os esquemas antirretrovirais já utilizados, com os respectivos períodos de início e troca. Para cada esquema registrado, deverá ser informado o motivo da mudança do tratamento, quando houver. Sugere-se consultar o Histórico de Esquema Terapêutico, disponível na aba Informações detalhadas da genotipagem, no Sistema Laudo.

6. Informações adicionais sobre genotipagens prévias

Registrar as informações relevantes relacionadas às genotipagens anteriormente realizadas, especialmente os resultados que contribuam para a avaliação da solicitação e para a definição do esquema antirretroviral. Quando necessário, anexar os respectivos laudos de genotipagem.

7. Justificativa para indicação da terapia antirretroviral solicitada

Apresentar justificativa clínica e técnico-científica para a indicação do esquema antirretroviral solicitado, considerando o histórico terapêutico, as genotipagens, os resultados laboratoriais e as condições clínicas do(a) usuário(a). Caso seja necessário subsidiar a análise, anexar resultados de exames complementares e outros documentos pertinentes. Preencher também, quando aplicável:

Infecções oportunistas: informar as infecções oportunistas atuais ou anteriores relevantes para a análise.

Comorbidades: informar as comorbidades apresentadas pelo(a) usuário(a).

Medicamentos de uso contínuo: relacionar os medicamentos de uso contínuo, inclusive aqueles que possam apresentar interação com os antirretrovirais.

Observações: registrar outras informações clínicas consideradas relevantes para a avaliação da Câmara Técnica Estadual.

8. Esquema solicitado

Informar o esquema antirretroviral solicitado, especificando todos os medicamentos que deverão compor o tratamento.

O esquema deverá considerar os medicamentos antirretrovirais disponibilizados pelo SUS e as recomendações vigentes.

9. Informações de carga viral do HIV

Última carga viral: informar o resultado mais recente do exame, em cópias/mL, o respectivo valor em log e a data de realização, no formato dia/mês/ano.

Penúltima carga viral: informar o resultado do exame imediatamente anterior, em cópias/mL, o respectivo valor em log e a data de realização, no formato dia/mês/ano.

10. Informações de CD4

Informar o resultado mais recente da contagem de linfócitos T CD4+, em células/mm³, e a data de realização do exame, no formato dia/mês/ano.

11. Informações adicionais para pacientes em uso de fostemsavir 600 mg

Informar se a indicação ou o uso do fostemsavir decorre de: ação judicial; ou participação em ensaio clínico.

Deverão ser anexados os exames de genotipagem, os resultados de quantificação da carga viral do HIV e de contagem de linfócitos T CD4+ que subsidiaram a indicação do fostemsavir.

Data de início do fostemsavir: informar a data de início do tratamento, no formato dia/mês/ano.

Paciente em uso de fostemsavir há pelo menos 180 dias: informar o resultado da carga viral realizada após, no mínimo, 180 dias de uso do medicamento, registrando o valor em cópias/mL, o respectivo log e a data do exame.

Registro da solicitação no Sistema Laudo

A solicitação deverá ser registrada no novo módulo “Solicitação de Parecer da Câmara Técnica Estadual”, disponível no Sistema Laudo. As informações preenchidas no formulário deverão ser digitadas no módulo para encaminhamento e análise da Câmara Técnica Estadual.