

1. Medicamento solicitado:* Etravirina Maraviroque Fostensavir**2. Informações do Médico Solicitante:**

Nome do médico Solicitante*

Telefone para contato (DDD+Número)*

E-mail*

UF*

Tipo do conselho*

Número do conselho*

Data da solicitação*

 CRM RMS**3. Informações da Unidade de atendimento:**

Nome da unidade de atendimento*

UF

Cidade

Telefone para contato (DDD+Número)

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):***6. Motivo da mudança dos esquemas terapêuticos (Para cada esquema descrito, colocar o motivo de mudança do tratamento):*****7. Justificativa para a solicitação do medicamento:***

Infecções Oportunistas

Comorbidades

Medicamento de uso contínuo

8. Esquema solicitado:***9. Informações de Carga Viral HIV:**

a) Última Carga Viral* _____ cópias/mL

b) Penúltima Carga Viral _____ cópias/mL

____ Log Data __/__/__

____ Log Data __/__/__

10. Informações de CD4:

CD4 mais recente* _____ cel/mm3

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)

JANEIRO/2025

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

1. MEDICAMENTO SOLICITADO

Etravirina; Maraviroque; Fostensavir.

2. INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE:(preenchimento obrigatório)

Nome do Médico Solicitante: Nome completo do(a) médico(a), sem qualquer abreviação

Telefone para Contato (DDD + número): Telefone para contato com o código DDD.

E-mail: E-mail para contato.

UF do Conselho: UF de emissão do conselho

Tipo do Conselho: Se o conselho é CRM ou RMS

Número do Conselho: Número do conselho do médico prescritor.

3. INFORMAÇÕES DA UNIDADE DE ATENDIMENTO:

Nome da instituição Solicitante: Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.(preenchimento obrigatório);

UF da instituição: Unidade da Federação da instituição de atendimento do(a) usuário(a) SUS;

Cidade da Instituição: Informar a cidade da instituição de atendimento do(a) usuário(a) SUS;

Telefone para Contato (DDD + número): Informar o número telefônico para contato (XX) XXXXX-XXXX.

4. INFORMAÇÕES DO USUÁRIO SUS

Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil: Nome completo do(a) usuário(a) sem abreviação, conforme documento de identificação oficial (preenchimento obrigatório).

Nome social: Trata-se da designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Campo de preenchimento obrigatório para os(as) usuários(as) que possuem nome social diferente do nome do registro civil, de acordo com o disposto no Decreto 8.727/2016.

Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável): Nome Completo da Mãe, sem qualquer abreviação, conforme documento de identificação oficial (preenchimento obrigatório).

CPF: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena.

Data de Nascimento: Informar a data de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Peso: Informar o peso em quilogramas do(a) usuário(a) menor de 12 anos (obrigatório para esta faixa etária).

UF de nasc: Nome da Unidade da Federação de nascimento (preenchimento obrigatório).

Cidade de Nascimento: Nome da cidade de nascimento e UF (preenchimento obrigatório).

5. HISTÓRIA TERAPÊUTICA DO PACIENTE (ESQUEMAS ANTIRRETROVIRAIS UTILIZADOS COM RESPECTIVOS PERÍODOS DE INÍCIO E TROCA):

Preencher todo o histórico de esquemas ARV utilizados pelo paciente com os respectivos períodos de início e troca. Sugere-se consultar o "Histórico Esquema Terapêutico" na aba "Informações detalhadas genotipagem" do Sistema Laudo.

6. MOTIVO DA MUDANÇA DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS:

Sempre que houver uma alteração de medicamentos ARV item 5, é necessário especificar o motivo da mudança.

7. JUSTIFICATIVA PARA A SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO:

Justificativa para a solicitação do medicamento: Apresentar justificativa com embasamento científico para o esquema solicitado. Caso julgue necessário, anexe resultados de exames complementares.

Infecções oportunistas: Se houver, informar as infecções oportunistas.

Comorbidades: Se sim, informar as comorbidades.

Medicamento de uso contínuo: Caso o paciente esteja em tratamento com algum medicamento de uso contínuo.

8. ESQUEMA SOLICITADO:

Indicar o esquema solicitado, a partir da lista de medicamentos de ARV disponíveis no SUS.

9. INFORMAÇÕES DE Carga Viral HIV:

a. Última Carga Viral: Informar os resultados do último exame Carga Viral do paciente. **Log** da carga viral. **Data:** Indicar a data de realização. (dia/mês/ano).

b. Penúltima Carga Viral: Informar os resultados do penúltimo exame Carga Viral do paciente. **Log** da carga viral. **Data:** Indicar a data de realização. (dia/mês/ano).

10. INFORMAÇÕES DE CD4:

Informar o resultado do último exame de CD4 do paciente, indicando a data de realização (dia/mês/ano).

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

Solicita-se a inclusão dos laudos de genotipagens e exames de quantificação de carga viral e contagem de Linfócitos TCD4+ que subsidiaram a indicação do Fostensavir, ação judicial e/ou ensaio clínico.

Data de início do fostensavir 600mg: Indicar a data de início do tratamento com o fostensavir 600mg.

Paciente em uso de Fostensavir 600mg há pelo menos 180 dias : Informar os resultados do último exame Carga Viral do paciente após 180 dias de uso d o fostensavir. **Log** da carga viral. **Data:** Indicar a data de realização. (dia/mês/ano).