



## ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

**ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".**

Versão Junho – 2014

## DETALHAMENTO DOS CAMPOS

**01 - Nome Completo do Usuário:** Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.

**02 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.

**03 - Este formulário vale para:** Para 1 dispensa de 30 dias ou para 2 dispensas de 30 dias ou 1 dispensa de 60 dias ou 1 dispensa de 90 dias. O formulário poderá valer para duas dispensas em meses subsequentes quando selecionado 2 dispensas de 30 dias.

**04 - Categoria de Usuário:** GESTANTE HIV+; RN DE MÃE HIV+; PARTURIENTE; AIDS ADULTO E CRIANÇA; EXPOSIÇÃO(OCUPACIONAL, VIOLÊNCIA SEXUAL, EXPOSIÇÃO SEXUAL OCASIONAL, FINS REPRODUTIVOS E OUTROS). No caso da gestante HIV+ informar as semanas de gestação referida pela mulher. No caso das exposições informar data da exposição e o número de dia para dispensa.

**05 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá possuir uma justificativa. Poderá ser: Falha clínica, Falha virológica, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reações adversas e Outros.

**Número de dias para dispensa de exposição:** Para todas as exposições é obrigatório o preenchimento da quantidade de dias de tratamento.

**06 - Início de tratamento?** Corresponde ao Usuário SUS Adulto com Aids/criança e Gestantes HIV+ que iniciaram tratamento ARV no referido mês. Neste caso não considerar parturientes e exposições como início de tratamento, visto não terem sua soropositividade confirmada e não serem considerados usuários cadastrados no sistema.

**07 - Peso:** Peso do usuário SUS.

**08 - Genotipagem:** Se o esquema do usuário SUS for orientado por genotipagem deverá ser marcado para liberar as críticas do consenso.

**09 - Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do RN e do exposto(todos os tipos de exposição deverá ser informada a data de nascimento).

**10 e 11 - Casos Excepcionais:** Para os casos de indivíduos com peso maior ou igual a 35 kg em que o esquema TDF + 3TC + EFZ esteja contraindicado, deve-se proceder da seguinte maneira:

### Contra-indicação ao uso do TDF:

	Utilizar	Situação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

### Contra-indicação ao uso do LPV/r:

	Utilizar	Situação
1ª opção	ATV/r (a partir de 6 anos)	Contraindicação ao LPV/r
2ª opção	FPV/r (a partir de 2 anos)	Contraindicação ao LPV/r e ATV/r

A dispensação de AZT, ABC, ddl, ATV/r e FPV/r está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contra-indicação.

**12 – Para contra-indicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, ver detalhamento no verso e justificar abaixo:** Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificar

**13 - Retirou o medicamento:** O responsável pela dispensação deverá informar se o Usuário SUS retirou o medicamento. O preenchimento desse campo é importante para a construção do Mapa mensal e o do Boletim Mensal para Avaliação do uso do medicamento.

**14 – Medicamentos - Antirretroviral:** Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O Médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário.

**15 – Medicamentos - Tuberculostático:**

**16 – Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

**17 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa. No caso do formulário ser válido para duas dispensas o farmacêutico responsável pela dispensa deverá assinar em cada dispensa.

**18 - Dispensa:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa. No caso do formulário ser válido para duas dispensas, o usuário deverá assinar duas vezes o formulário, sendo uma em cada dispensa.