

ANEXO II - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS DE USO RESTRITO.

1. Medicamento(s) solicitado(s):			
<input type="checkbox"/> Darunavir	<input type="checkbox"/> Enfuvirtida	<input type="checkbox"/> Etravirina	<input type="checkbox"/> Estavudina
<input type="checkbox"/> Indinavir	<input type="checkbox"/> Maraviroque	<input type="checkbox"/> Raltegravir	<input type="checkbox"/> Tipranavir
2. Informações do médico solicitante:			
Nome Completo: _____			
CRM/DF: _____/_____			
Telefone(s): (_____) - _____			
E-mail(s): _____			
3. Informações do serviço:			
Município/UF: _____/_____			
Nome da Unidade de Atendimento: _____			
Telefone(s): (_____) - _____			
Responsável para Contato: _____			
4. Informações do paciente:			
Nome Completo: _____			
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): ____/____/____ Peso Corporal (Kg): _____ (para < 18 anos)			
Nome da Mãe: _____			
Município de Nascimento/UF: _____/_____			
5. História terapêutica do paciente (esquemas antirretrovirais utilizados com respectivos períodos de início e troca)			
6. Justificativa para uso do medicamento solicitado:			
7. Esquema antirretroviral proposto:			
8. CD4 atual	Data:	9. CV atual	Data:
cel/mm3	____/____/____	cópias/mL	____/____/____
10. Médico solicitante:		11. Ministério da Saúde (logística)	
Data: ____/____/____		_____ (carimbo e assinatura)	
_____ (carimbo e assinatura)			
12. Médico autorizador:		13. CE DST/aids (responsável pelo envio das informações -fax):	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
_____ (carimbo e assinatura)		_____ (carimbo e assinatura)	