



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS
SAF Sul Trecho 02, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Térreo, Auditório
70070-600 – Brasília/DF
Telefone: (61) 3306-7037/7043

NOTA TÉCNICA nº. 68/2011 DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS/SVS/MS

Assunto: Fluxo de liberação e formulário de solicitação dos antirretrovirais de uso restrito.

1. Tendo em vista a introdução de novos ARV ao elenco de antirretrovirais de uso restrito, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, no intuito de organizar e harmonizar os procedimentos de autorização, distribuição e uso desses medicamentos, estabelece os fluxos contidos nos Anexos I e II.
2. O Anexo I descreve o fluxo de autorização e liberação, a ser seguido pelas Coordenações Estaduais, no que concerne a medicamentos antirretrovirais de uso em adultos, quais sejam: Enfuvirtida 90mg/mL, Darunavir 300mg, Raltegravir 400mg e Etravirina 100mg.
3. O Anexo II descreve o fluxo de autorização e liberação, a ser seguido pelas Coordenações Estaduais, no que concerne a medicamentos antirretrovirais de uso em crianças e adolescentes (18 anos incompletos), quais sejam: Enfuvirtida 90mg/mL, Raltegravir 400mg e Tipranavir 250mg.
4. O Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de Uso Restrito será o mesmo para todas as faixas etárias, conforme Anexo III, diferindo-se apenas pelo fluxo de autorização (Anexos I e II).

Brasília, 23 de março de 2011

Ronaldo Hallal
Coordenação de Cuidado e Qualidade de Vida

Rogério Luiz Scapini
Gerência do Processo de Acesso Universal aos Medicamentos/Preservativos e outros insumos Estratégicos

Aprovo a Nota Técnica
Em 23 / 03 /2011

Dirceu B. Greco
Diretor

ANEXO I

FLUXO DE LIBERAÇÃO DOS ANTIRRETROVIRAIS DE USO RESTRITO (ADULTOS)

MÉDICO PRESCRITOR

- Preenche o Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito.
- Anexa ao Formulário cópia do resultado do teste de Genotipagem.
- OBS: o campo AUTORIZADOR do Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito é reservado para assinatura e carimbo do médico autorizador do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais ou dos Estados descentralizados.
- **Não é necessário o preenchimento do campo 10 do formulário.**

UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTO (UDM)

- Encaminha o Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito e o resultado de Genotipagem para a Coordenação Estadual de DST/Aids.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS

- Arquiva uma cópia do Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito e do resultado de Genotipagem.
 - Encaminha o Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito e o resultado de Genotipagem para os médicos autorizadores nos estados descentralizados ou para o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, pelo fax (61) 3306-7029.
- OBS: O envio por fax agiliza o processo de análise e parecer (autorização ou não).

ANÁLISE CENTRALIZADA

- O médico autorizador do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais emite parecer acerca da liberação ou não do(s) ARV solicitado(s).
- Remete o parecer por fax para a Coordenação Estadual, em média em 5 dias úteis a contar do recebimento da documentação completa.

ANÁLISE DESCENTRALIZADA

- As Coordenações Estaduais/Municipais enviam relatórios quinzenais das autorizações à Logística do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (logística@aids.gov.br).



ANEXO II

FLUXO DE LIBERAÇÃO DOS ANTIRRETROVIRAIS DE USO RESTRITO (CRIANÇAS E ADOLESCENTES – 18 ANOS INCOMPLETOS)

MÉDICO PRESCRITOR

- Preenche o Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito, **inclusive o campo 10, destinado para informação de início de uso de apresentações pediátricas, se for o caso.**
- Anexa ao Formulário cópia do resultado do teste de Genotipagem.
- OBS: o campo AUTORIZADOR do Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito é reservado para assinatura e carimbo do médico autorizador do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais ou dos Estados descentralizados.

UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTO (UDM)

- Encaminha o Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito e o resultado de Genotipagem para a Coordenação Estadual de DST/Aids.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS

- Arquia uma cópia do Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito e do resultado de Genotipagem.
 - Encaminha o Formulário de Solicitação de Antirretrovirais de uso restrito e o resultado de Genotipagem para os médicos autorizadores nos estados descentralizados ou para o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, pelo fax (61) 3306-7029.
- OBS: O envio por fax agiliza o processo de análise e parecer (autorização ou não).

ANÁLISE CENTRALIZADA

- O médico autorizador do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais emite parecer acerca da liberação ou não do(s) ARV solicitado(s).
- Remete o parecer por fax para a Coordenação Estadual, em média em 5 dias úteis a contar do recebimento da documentação completa.

ANÁLISE DESCENTRALIZADA

- As Coordenações Estaduais/ Municipais enviam relatórios quinzenais das autorizações à Logística do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (logística@ aids.gov.br).

DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS PEDIÁTRICOS

- Para os medicamentos do campo 10, a cada novo ingresso de pacientes, somente haverá a distribuição caso haja disponibilidade do medicamento requerido no local de dispensação. Ou seja, as Coordenações aguardarão a chegada de novas remessas para então liberar os medicamentos, sem prejuízo aos pacientes que já estão em uso na Terapia Antirretroviral.
- **Essa medida visa garantir o abastecimento local minimizando perdas e a construção de série histórica de pacientes em uso dos novos ARV pediátricos.**

717

ANEXO III

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS DE USO RESTRITO.

1- Medicamento solicitado: <input type="checkbox"/> Enfuvirtida <input type="checkbox"/> Darunavir <input type="checkbox"/> Raltegravir <input type="checkbox"/> Etravirina <input type="checkbox"/> Tipranavir (exclusivo para < 18 anos)					
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 cel/mm3		Data: ____/____/____		9- CV atual cópias/mL	
				Data: ____/____/____	
10- Medicamentos em formulações pediátricas para informação de início de tratamento.					
X	Medicamento	Posologia	Campo de preenchimento exclusivo do Ministério da Saúde		
			Distribuição N° FR	Data para início da distribuição	
	Tipranavir cápsula 250mg			____/____/____	
11- Médico solicitante: Data: ____/____/____ _____ (carimbo e assinatura)			12 - Ministério da Saúde (logística) _____ (carimbo e assinatura)		
13- Médico autorizador: Data: ____/____/____ _____ (carimbo e assinatura)			14- CE DST/aids (responsável pelo envio das informações - fax): Data: ____/____/____ _____ (carimbo e assinatura)		