

1 - Categoria de usuário IG: _____ Semanas Dt desfecho da gestação: _____

2 - Serviço de atendimento*

3 - Origem do acompanhamento médico:* 4 - CPF*

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL Data do exame 8 - Exame realizado na rede:

9 - Início de tratamento?* 10 - Manter TARV anterior? 11 - Paciente coinfestado? TB Hepatite B Hepatite C

12 - Motivo para mudança na terapia antirretroviral (TARV) *Medicamento: **Outro: ***Falha prévia

13 - Contraindicação ao uso de esquema com Dolutegravir: Toxicidade

14. Contraindicação à dose fixa combinada com TDF e/ou necessidade de ajuste da dose do 3TC devido à:

15 - Indicação de DRV/r 600/100 mg:

16 - Indicação de TAF (Coinfecção HIV-HBV):

17 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: Rifampicina Fenitoína Etravirina sem Inibidor da Protease Oxicarbazepina Carbamazepina Fenobarbital Resistência a Inibidor da Integrase 18 - ARV de uso restrito Autorizado pela Câmara Técnica

19 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto) Tenofovir 300mg (TDF) / Lamivudina 300mg (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir 50mg (DTG)

Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/ Nucleotídeos (ITRN/ITRNI)	Tenofovir/Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia	
	Zidovudina/Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia	
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia	
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia	mL de sol. oral 10mg/mL /dia
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia	
	Tenofovir Alafenamida(TAF)	comp. de 25mg/dia	Uso exclusivo para paciente coinfestado HIV/HBV
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNI)	Efavirenz - EFV	comp. de 600mg/dia	
	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia	

Inibidores da Protease (IP)	Darunavir - DRV	comp. de 800mg/dia	comp. de 600mg/dia
	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia	
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia	envelope/dia

Inibidores da integrase (INI)	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia	
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	

DFC – Dolutegravir/ Lamivudina	comp. de 50mg + 300mg/dia		
--------------------------------	---------------------------	--	--

DFC "3 em 1" - Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
---	------------------------------------	--	--

Medicamentos de uso restrito			
Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia	Etravirina - ETR	comp. de 200mg/dia
		Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia

20 - Prescritor UF: CRM: Data: RMS: (Carimbo e assinatura)

21 - Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM) Este formulário tem a validade de 180 dias

1ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias	(Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____	4ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias	(Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____
2ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias	(Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____	5ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias	(Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____
3ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias	(Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____	6ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias	(Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos com * 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)

MARÇO/2024

DESCRIÇÃO DOS CAMPOS

01. **Categoria de Usuário:** HIV/AIDS Adulto, Adolescentes (>e igual 12 anos) e Gestante HIV+ (mulheres grávidas no momento da dispensação). No caso de Gestante HIV+, informar a idade gestacional (IG: número de semanas de gestação) e posterior data do desfecho da gestação (parto ou aborto). Alterar a categoria de usuário após o desfecho.
02. **Serviço de atendimento:** Serviço especializado (serviços de referência, SAE, CRT), CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento); Atenção Primária (unidades básicas, unidades de atenção primária públicas ou privadas, clínicas da família); Internação Hospitalar (usuário internado ou prescrição de alta). **(preenchimento obrigatório).**
03. **Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS. **(preenchimento obrigatório).**
04. **CPF:** O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena. **(preenchimento obrigatório).**
05. **Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil:** Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme documento de identidade oficial. **(preenchimento obrigatório).**
06. **Nome social:** De acordo com o Decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social divergente do nome de registro.
07. **Último exame de carga viral:** Informar o valor do último exame de carga viral, a data de realização e o local onde foi realizado.
08. **Exame realizado na rede:** Se o exame de carga viral foi realizado na rede pública ou privada.
09. **Início de tratamento?** Situação em que o Usuário SUS iniciará tratamento antirretroviral (ARV) no referido mês. **(preenchimento obrigatório).**
10. **Manter esquema ARV anterior:** Caso seja marcada a opção sim, os campos de 12 ao 19 não precisarão ser preenchidos.
11. **Paciente Coinfectado:** Informar se a PVHA apresenta coinfeção HIV com TB, Hepatite B ou Hepatite C.

Recomendação de esquema e dose de Dolutegravir na coinfeção TB-HIV	
Durante o uso de rifampicina para tratamento da tuberculose	Tratamento Preferencial
	TDF+3TC (300mg/300mg) - 01 cp ao dia DTG (50mg) – 01 cp de 12/12h Manter a dosagem de DTG 12/12h até 15 dias após a conclusão do tratamento tuberculostático.
	Tratamento Alternativo
	TDF + 3TC+EFV (300/300/600mg) -01cp ao dia Coletar exame de genotipagem e iniciar o esquema imediatamente após a coleta.

12. **Motivo para mudança no tratamento antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha virológica, Falta de Medicamento, Resistência ao inibidor da integrase, Coinfeção com tuberculose, Gestação, Terapia dupla, Reintrodução após interrupção de tratamento, Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV (informar sigla do ARV) ou outro (especificar o motivo).
13. **Contraindicação ao uso de esquema com Dolutegravir:** Marcar a opção que contraindica Dolutegravir 50 mg/dia..

Situação	Esquema antirretroviral
Esquema preferencial	TDF/3TC + DTG
Intolerância ou contraindicação a DTG 50 mg/dia	Substituir DTG por DRV/r ou EFV
Intolerância ou contraindicação a TDF	Substituir TDF por ABC (em caso de teste HLA-B*5701 negativo) ou por AZT

14. **Contraindicação à dose fixa combinada com TDF e/ou necessidade de ajuste da dose do 3TC devido à:** Informar o motivo: alteração da função renal ou osteopenia/osteoporose.
15. **Indicação de DRV/r 600mg + 100mg (12/12 horas):** Apenas para pessoas com mutações que confirmam resistência para o Darunavir: V11I, V32I, L33F, I47V, I50V, I54M, T74P, L76V, I84V ou L89V. Gestante ou PVHIV com histórico de falha previa a IP sem reforço do Ritonavir.
16. **Indicação de TAF:** marcar esse campo se PVHA com coinfeção HIV-HBV e contraindicação ao TDF.
17. **Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:** Marcar a opção que justifica a dose dobrada do Dolutegravir.
18. **ARV de uso restrito:** marcar caso o esquema tenha sido aprovado pela câmara técnica.
19. **Medicamentos ARV:** Lista dos ARV oferecidos pelo SUS. O prescritor deverá assinalar um "x" no esquema preferencial ou para os demais ARV, informar a quantidade prescrita ao Usuário.
20. **Prescritor:** Assinatura, data e CRM ou RMS do médico responsável. Para assinatura digital ver anexo 1 do Ofício Circular nº 13/20/CGAHV/DCCI/SVS/MS.
21. **Recibo:** Assinatura do usuário e data acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação. Informar o número de dias da dispensação atual para realizar o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento.

ESTE FORMULÁRIO TEM A VALIDADE DE 180 DIAS

Esquemas ou ARV com necessidade de aprovação por CT:	
Medicamentos de uso restrito	ARV para esquemas de 3ª linha
Início de tratamento com esquemas que não incluam 2 ITRN	DRV/r 600mg + 100mg para adultos, não gestantes e sem presença de mutações para o Darunavir
Esquema com DRV/r + DTG para pessoas com carga viral suprimida	