

## Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

<b>1 - Nome do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)</b>		<b>2 - Categoria do Usuário</b> <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Criança <input type="checkbox"/> Gestante HIV+	
3 - Este formulário tem a validade de: <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> 120 dias <input type="checkbox"/> 150 dias <input type="checkbox"/> 180 dias		4 - CPF _____	
5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml Realizado na: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada <input type="checkbox"/> < 50 <input type="checkbox"/> 50 – 1000 <input type="checkbox"/> > 1000 - Data do Exame ____/____/____		6 - N° do Prontuário _____	7 - Manter esquema ARV anterior: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa: _____			
9 - Contraindicação de dose fixa combinada 2 em 1 e 3 em 1 por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Contraindicação ao ATZ? <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Interação Medicamentosa Última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) _____ mL/min, na data ____/____/____			
10 - Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim Se SIM, é um usuário coinfectado com tuberculose? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
11 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Coinfecção com tuberculose <input type="checkbox"/> Outro – especificar: _____ <input type="checkbox"/> Falta de medicamento <input type="checkbox"/> Resistência ao Raltegravir <input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV: _____ <input type="checkbox"/> Gestação _____ sigla(s) do(s) ARV: _____		12 – ARV de Uso Restrito <input type="checkbox"/> Autorizado por câmara técnica <input type="checkbox"/> Autorizado pelo MS	13 - Situação Especial <input type="checkbox"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa - N° Protocolo _____
<b>14 – Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)</b>			
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)		<input type="checkbox"/> Tenofovir <sup>300mg</sup> (TDF)/ Lamivudina <sup>300mg</sup> (3TC) “2 em 1” + Dolutegravir <sup>50mg</sup> (DTG)	
<b>ANTIRRETROVIRAL</b>			
<b>DFC “3 em 1”</b>	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNI)</b>	Tenofovir + Lamivudina comp. de 300mg + 300mg/dia		
	Zidovudina + Lamivudina comp. de 300mg + 150mg/dia		
	Abacavir - ABC comp. de 300mg/dia		mL de sol. oral 20mg/mL/dia
	Didanosina - ddI		mL de pó p/ sol. oral 4g/dia
	Estavudina - d4T		mL de pó p/ sol. oral 1mg/mL/dia
	Lamivudina - 3TC comp. de 150mg/dia		mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF comp. de 300mg/dia		mL de sol. oral 10mg/mL/dia
<b>ITRNN</b>	Zidovudina - AZT caps. de 100mg/dia		solução injetável 10 mg/mL/dia
	Efavirenz - EFZ comp. de 600mg/dia		caps. de 200mg/dia
<b>Inibidores de Protease (IP)</b>	Nevirapina - NVP comp. de 200mg/dia		
	Atazanavir - ATV caps. de 300mg/dia		caps. de 200mg/dia
	Darunavir - DRV comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia
	O DRV de 600mg, como resgate após primeira falha, só poderá ser prescrito a partir de Abril/2017		
	Fosamprenavir - FPV		mL de susp. oral 50mg/mL/dia
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r comp. de 200mg + 50mg/dia		comp. de 100mg + 25mg/dia
Ritonavir - RTV comp. de 100mg/dia		mL de sol. oral 80mg/mL/dia	
<b>Inibidores de Integrase</b>	Dolutegravir - DTG comp. de 50mg/dia		
	Raltegravir - RAL comp. de 400mg/dia		comp. de 100mg/dia
<b>Medicamentos de Uso Restrito</b>	Darunavir - DRV comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia
	Dolutegravir - DTG comp. de 50mg/dia		comp. de 75mg/dia
	Enfuvirtida - T-20 Frasco-amp. de 90mg/mL/dia		
	Etravirina - ETR comp. de 100mg/dia		
	Maraviroque - MVQ comp. de 150mg/dia		
	Tipranavir - TPV caps. de 250mg/dia		mL de sol. oral 100mg/mL/dia
<b>15 - Médico</b>			
Data: ____/____/____ CRM: _____		_____ <small>(Carimbo e assinatura)</small>	
<b>16 – Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)</b>			
<b>1ª dispensação</b> Data ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>		<b>4ª dispensação</b> Data ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	
<b>2ª dispensação</b> Data ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>		<b>5ª dispensação</b> Data ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	
<b>3ª dispensação</b> Data ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>		<b>6ª dispensação</b> Data ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	

## ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra legível, dentro do espaço das lacunas.
2. **ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM) que for mais conveniente.**  
**“O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NO BLOQUEIO DA DISPENSAÇÃO”.**

## INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

**01 - Nome do usuário:** Nome civil ou social completo do usuário SUS, **sem qualquer abreviação.**

**02 - Categoria de Usuário:** HIV/AIDS ADULTO ( $\geq 13$  ANOS), CRIANÇA ( $< 13$  ANOS) E GESTANTE HIV+ (MULHERES GRÁVIDAS NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO).

**03 - Este formulário tem validade de:** Validade do formulário para 30, 60, 90, 120, 150 ou 180 dias com retirada de no máximo de 90 dias, conforme disponibilidade de estoque da UDM. O médico definirá por quantos dias o formulário terá validade e a UDM avaliará a possibilidade para dispensação para períodos maiores que 30 dias e até 90 dias.

**04 - CPF:** Informar CPF do usuário SUS (somente números).

**05 - Último exame de carga viral:** Informar o valor do último exame de carga viral, a data de realização e o local onde foi realizado, se na rede pública ou privada. Este campo é de preenchimento obrigatório para a dispensação de ARV desde novembro de 2015.

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

**07 - Manter esquema ARV anterior:** Caso seja marcada a opção **sim**, os campos de 8 ao 14 **não** precisarão ser preenchidos

**08 - Contraindicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, justificativa:** Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificá-los. Os ARV indicados em caso de necessidade de substituição são:

### Preferencial - Adultos

<b>TDF / 3TC + DTG</b>	Esquema para início de tratamento
<b>TDF / 3TC / EFZ</b>	Esquema para início de tratamento nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes

### Alternativo - Adultos

<b>TDF / 3TC / EFZ</b>	Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contraindicação ao DTG
<b>TDF / 3TC + RAL</b>	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ, nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes <i>Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG</i>
<b>ABC + 3TC + DTG</b>	Esquema para início de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com resultado negativo ao exame de hipersensibilidade ao ABC (HLA-B*5701).

#### Observações:

- O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF.

### Preferencial - Crianças

Esquema Preferencial de 1ª linha ( $< 35$ Kg)	<b>AZT + 3TC + ITRNN</b> <b>NVP: crianças <math>&lt; 3</math> anos</b> <b>EFZ: crianças <math>\geq 3</math> anos</b>
---	--

**09 - Contraindicação de dose fixa combinada (DFC) “TDF + 3TC” ou “TDF +3TC +EFZ” por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal?** Em casos de contraindicação para o uso de DFC, deve-se informar o valor da taxa de filtração glomerular e a data de sua mensuração.

**10 - Início de tratamento?** Corresponde ao Usuário Adulto com HIV/Aids, criança com HIV/Aids e Gestantes HIV+ que iniciarão tratamento ARV no referido mês. Se SIM, informar também se o usuário é coinfestado em tratamento de tuberculose.

**11 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha terapêutica, Falta de Medicamento, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).

**12 - ARV de Uso Restrito:** Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).

**13 - Situação Especial:** Situação em que o paciente está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.

**14 - Medicamentos ARV:** Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS. O médico deverá assinalar um “x” caso no esquema preferencial, em caso de início de tratamento. Para os demais ARVs, informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso o esquema se mantenha o mesmo da prescrição anterior, basta preencher até o campo 6.

**15 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

**16 - Recibo:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário 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.