

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - SINAN	4 - Prontuário
----------	------------------------------------	-----------	----------------

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*	7 - Categoria de usuário <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adolescente <input type="radio"/> HIV/AIDS - Gestante IG: _____ Semanas
6 - Nome Social	

8 - Este formulário tem a validade de: <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 180 dias	9 - Início de tratamento? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	10 - Peso: _____ Kg	11 - Paciente coinfestado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C	12 - Manter o esquema ARV anterior: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
---	--	---------------------	---	--

13 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="radio"/> Falha virológica <input type="radio"/> Resistência a inibidor de integrase <input type="radio"/> Falta de medicamento <input type="radio"/> Coinfecção com tuberculose		Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV _____ <input type="radio"/> Gestação <input type="radio"/> Outro – especificar: _____
---	--	---

14 - ARV de uso restrito <input type="radio"/> Autorizado pela Câmara Técnica	15 - Situação Especial <input type="radio"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa Nº Protocolo: _____	16 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL <input type="radio"/> < 50 <input type="radio"/> 50 - 1000 <input type="radio"/> > 1000 Data do exame ____/____/____	17 - Exame realizado na rede: <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada
--	--	--	--

18 - Contraindicação do esquema de preferencial? sim não Justificativa: _____

19 - Contraindicação do uso de esquema com Dolutegravir? uso de oxcarbamazepina uso de dofetilida uso de pilsicainida toxicidade

20 - 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? sim não

21 - Contraindicação ao **Atazanavir (ATV)**? Nefropatia Interação Medicamentosa Toxicidade

22 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: <input type="radio"/> uso de rifampicina <input type="radio"/> uso de fenitoína <input type="radio"/> Etravirina sem IP <input type="radio"/> uso de carbamazepina <input type="radio"/> uso de fenobarbital	23 - Data do desfecho da gestação: ____/____/____	24 - Origem do acompanhamento médico.* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
---	---	---

25 - 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)

DFC "3 em 1" Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/ Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)	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	
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia		
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)	Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia	comp. de 200mg /dia	mL de sol. oral 30mg/mL /dia
	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia	mL de susp. oral 10mg/mL/dia	
Inibidores de Protease (IP)	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia		
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg /dia	comp. de 75mg /dia comp. de 800mg/dia
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r			comp. de 100mg + 25mg/dia mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia	mg de pó/dia	
Inibidores de integrase	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia	
Medicamentos de uso restrito	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg /dia	comp. de 75mg /dia comp. de 800mg/dia
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia		
	Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia		
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia	comp. de 200mg/dia	
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia	
	Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia		

26 - Prescritor	CRM: _____	
Data: ____/____/____	RMS: _____	(Carimbo e assinatura)

27 - Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>

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)

JULHO/2020

DESCRIÇÃO DOS CAMPOS

- 01. 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.
- 02. CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a). Caso o(a) usuário(a) SUS seja cadastrado no SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, o número do cartão do SUS virá preenchido automaticamente.
- 03. SINAN -** Informar o número especificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- 04. Número de Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS no serviço.
- 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 que diverja do nome de registro.
- 07. 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), ou seja, o número de semanas de gestação.
- 08. 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 de dispensação para períodos maiores que 30 dias e até 90 dias.
- 09. Início de tratamento?** Situação em que o Usuário SUS iniciará tratamento ARV no referido mês. Se SIM, informar também se o usuário é coinfestado em tratamento de tuberculose.
- 10. Peso:** Informar o peso do usuário do SUS em quilos.
- 11. Paciente Coinfestado:** Informar se o paciente é coinfestado TB, Hepatite B ou Hepatite C.
- 12. Manter esquema ARV anterior:** Caso seja marcada a opção **sim**, os campos de 12 ao 20 **não** precisarão ser preenchidos.
- 13. Motivo para mudança no tratamento antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha virológica, Falta de Medicamento, Resistência ao inibidor de integrase, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).
- 14. ARV de Uso Restrito:** Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica).
- 15. Situação Especial:** Situação em que o Usuário SUS está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.
- 16. 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.
- 17. Exame realizado na rede:** Se o exame de carga viral foi realizado na rede pública ou privada.

Preferencial - Adultos

TDF / 3TC + DTG	Esquema preferencial 1ª linha Adulto , exceto para indivíduos com potencial de engravidar, que estejam iniciando processo de tentar engravidar e gestantes vivendo com HIV no primeiro trimestre da gestação.
TDF / 3TC + DTG	Esquema inicial preferencial para Gestante > 12 semanas .
TDF / 3TC + ATV/r	Esquema inicial preferencial para Gestante ≤ 12 semanas , nos casos de resistência ao EFZ ou genotipagem pré-tratamento não disponível em tempo hábil.
TDF / 3TC / EFZ	Esquema inicial preferencial para indivíduos com potencial de engravidar, que estejam iniciando processo de tentar engravidar e gestantes vivendo com HIV no primeiro trimestre da gestação, caso genotipagem pré-tratamento demonstre sensibilidade após o primeiro trimestre de gestação, considerar troca para DTG.
TDF / 3TC / EFZ	Esquema inicial na Coinfecção TB-HIV em indivíduos que tenha acesso a resultado de genotipagem em até 15 dias.
TDF / 3TC + DTG	Esquema alternativo para o tratamento de coinfecção TB-HIV . O DTG deverá ser administrado duas vezes ao dia (2cp ao dia), após encerrado o esquema anti-TB manter esta dose por mais 15 dias.
Observação: O ABC é alternativa para compor o esquema de início de tratamento em caso de contra indicação ao TDF em PVHIV com resultado negativo ao exame de hipersensibilidade ao ABC (HLA-B*5701) – ABC +3TC + DTG	
Observação: O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF e ABC.	

- 16 - Contra indicação do esquema inicial, justificativa:** Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificá-los.
- 19. Contra indicação do uso de esquema com Dolutegravir:** Marcar a opção a qual o usuário do SUS utiliza para justificar a contra indicação ao Dolutegravir.
- 20. Contra indicação 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?** Registrar SIM, caso haja contra indicação e NÃO, caso contrário.
- 21. Contra indicação ao Atazanavir ATV:** Marcar o motivo da contra indicação – Nefropatia, Interação Medicamentosa ou Toxicidade.
- 22. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:** Marcar a opção a qual o usuário do SUS utiliza para justificar a contra indicação ao Dolutegravir.
- 23. Data do desfecho da gestação:** Alterar a categoria de Usuário SUS gestante HIV+ para HIV/AIDS Adulto e Informar a data do parto ou do aborto no sistema.
- 25. Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 26. Medicamentos ARV:** Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o médico deverá assinalar um "x" no esquema preferencial ou para os demais ARV, informar a quantidade prescrita ao Usuário. Caso o esquema se mantenha o mesmo da prescrição anterior, basta preencher até o campo *Manter esquema ARV anterior*.
- 27. 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.
- 28. 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.