

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento - Criança

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 - Criança <input type="radio"/> Tratamento para crianças sem definição diagnóstica
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 coinfetado? <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)
 Falha virológica Resistência a inibidor de integrase Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV Adequação à faixa etária
 Falta de medicamento Coinfecção com tuberculose 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. Contagem de linfócitos T CD4+ Data do exame ___/___/___ Valor absoluto: _____ Valor em %: _____	19. Exame realizado na rede <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada	20. Contraindicação ao esquema preferencial, justificativa: _____ <small>(Obrigatório para menores de 6 anos)</small>
--	---	--

21. Esquema preferencial conforme faixa etária

Idade	Terapia Antirretroviral		
14 dias a 3 meses	Zidovudina (AZT) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Raltegravir (RAL) Sachês/dia (granulado)
3 meses a 2 anos	Abacavir (ABC) mL de sol. Oral 20mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Raltegravir (RAL) Sachês/dia (granulado)
2 a 6 anos	Abacavir (ABC) mL de sol. Oral 20mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Raltegravir (RAL) comp. de 100mg/dia OU Raltegravir (RAL) comp. de 400mg/dia
6 a 12 anos	Abacavir (ABC) mL de sol. Oral 20mg/mL/dia (AZT)	Lamivudina (3TC) mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	Raltegravir (RAL) comp. de 100mg/dia OU Raltegravir (RAL) comp. de 400mg/dia

22. Dosagem diária prescrita por ARV

Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz(TLE)	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia
Tenofovir + Lamivudina (TL)	comp. de 300mg + 300mg/dia
Zidovudina + Lamivudina (AZL)	comp. de 300mg + 150mg/dia
Abacavir(ABC)	comp. de 300mg/dia mL de sol. Oral 20mg/mL/dia
Atazanavir (ATV)	caps. de 300mg/dia
Darunavir (DRV)	comp. de 75mg/dia comp. de 150mg/dia comp. de 600mg/dia
Dolutegravir(DTG)	comp. de 50mg/dia
Efavirenz(EFZ)	comp. de 200mg/dia comp. de 600mg/dia mL de sol. Oral 30mg/mL/dia
Enfurvitida(T20)	frasco-amp. de 90mg/mL/dia
Etravirina(ETR)	comp. de 100mg/dia
Lamivudina(3TC)	comp. de 150mg/dia mL de sol. Oral 10mg/mL/dia
Lopinavir+Ritonavir(LPV)	comp. de 100+25mg/dia mL de sol. Oral 80 +20 mg/mL/dia
Maraviroque(MVQ)	comp. de 150mg/dia
Nevirapina(NVP)	comp. de 200mg/dia mL de susp. oral 10mg/mL/dia
Raltegravir(RAL)	comp. de 100mg/dia comp. de 400mg/dia Sachês/dia (granulado)
Ritonavir(RTV)	comp. de 100mg/dia mgr pó suspensão Oral 100mg/mL/dia
Tenofovir(TDF)	comp. de 300mg/dia
Tipranavir(TPV)	caps. de 250mg/dia
Zidovudina(AZT)	caps. de 100mg/dia mL de sol. injetável 10mg/mL/dia mL de sol. Oral 10mg/mL/dia

23 - Prescritor
 Data: ___/___/___ CRM: _____ RMS: _____
(Carimbo e assinatura)

24. 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)

Dezembro/2020

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 1. CPF:** Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena. Caso o(a) usuário(a), por motivo de roubo ou outro, esteja sem documentação, informar provisoriamente como Pessoa em situação de rua e colocar nas observações para correções posteriores.
- 2. 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.
- 3. SINAN:** Informar o número de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).
- 4. Número de Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.
- 5. Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil:** Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).
- 6. 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 divirja do nome de registro.
- 7. Categoria de Usuário:**
 - HIV/aids criança: indivíduos com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV e com idade inferior a 13 anos de idade (< 13 anos)
 - Tratamento para crianças sem definição diagnóstica: crianças com CV-HIV abaixo de 5000 cópias/mL e aguardando definição diagnóstica com DNA próviral
- 8. Este formulário tem a 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.
- 9. Início de tratamento:** Informar se o usuário está em início de tratamento ou não.
- 10. Peso do paciente:** Informar peso corpóreo em quilogramas.
- 11. Paciente coinfestado:** Se o paciente é coinfestado TB, Hepatite B ou Hepatite C.
- 12. Manter esquema ARV anterior:** Quando alterada a TARV deverá ser preenchido por qual motivo ocorreu a mudança de terapia.
- 13. Motivo para mudança de tratamento antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha virológica, Falta de Medicamento, Resistência a Inibidor de Integrase, Coinfecção com tuberculose, 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) ou federal (MS).
- 15. Situação Especial:** Situação em que o paciente 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.
- 18. Último exame de contagem de linfócitos T CD4+:** Em crianças com idade abaixo de 6 anos informar, também, valor porcentual. Informar data do exame e o local onde foi realizado, se na rede pública ou privada.
- 19. Exame realizado na rede:** Se o exame de contagem de linfócitos T CD4+ foi realizado na rede pública ou privada.
- 20. Contraindicação ao esquema preferencial:** Em casos de contraindicação ao esquema preferencial conforme faixa etária, informar o motivo da contraindicação.
- 21. Esquema preferencial conforme faixa etária:** Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS para o esquema preferencial conforme faixa etária. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário.

Faixa etária	TARV para crianças e adolescentes			
	Preferencial		Alternativo	
	ITRN	3º ARV	ITRN	3º ARV
14 dias a 3 meses	AZT + 3TC	RAL	AZT + 3TC	LPV/r
3 meses a 2 anos	ABC + 3TC	RAL	AZT + 3TC	LPV/r
2 a 6 anos	ABC + 3TC	RAL	AZT + 3TC TDF + 3TC	LPV/r
6 a 12 anos	ABC + 3TC	RAL	AZT + 3TC TDF + 3TC	ATZ/r EFZ
Acima de 12 anos	TDF + 3TC	DTG	ABC + 3TC AZT + 3TC	ATZ/r

22. Dosagem diária prescrita por 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.

23 - Prescritor: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição, e respectivo número de CRM ou RMS.

24. Recibo: 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.