

## Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

<b>1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido 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 <input type="checkbox"/> < 50 <input type="checkbox"/> 50 – 1000 <input type="checkbox"/> > 1000 - Data do Exame ____/____/____		Realizado na: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada	6 - Nº do Prontuário _____
		7 - Manter esquema ARV anterior: ( ) sim ( ) 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?  
 Sim, última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) \_\_\_\_\_ mL/min, na data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Não

10 - Início de Tratamento?  Não  sim

11 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)  
 Falha terapêutica  Coinfecção com tuberculose  Outro – especificar: \_\_\_\_\_  
 Falta de medicamento  Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV: \_\_\_\_\_  
 Gestação sigla(s) do(s) ARV \_\_\_\_\_

12 – ARV de 3ª linha  
 Autorizado por câmara técnica  Autorizado pelo MS

13 - Situação Especial  
 Paciente em Protocolo de Pesquisa - Nº Protocolo \_\_\_\_\_

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

**Esquema inicial preferencial** (1ª linha adulto e criança ≥ 35 kg)  Tenofovir<sub>300mg</sub> (TDF) / Lamivudina<sub>300mg</sub> (3TC) / Efavirenz<sub>600mg</sub> (EFZ) - 1 Comprimido ao dia

ANTIRRETROVIRAL	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNt)</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 - ddl	caps. de 400mg/dia	caps. de 250mg/dia				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							
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia				mL de sol. oral 10mg/mL /dia		
	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)</b>								
	Efavirenz - EFV	comp. de 600mg/dia	caps. de 200mg/dia				mL de sol. oral 30mg/mL /dia		
	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia					mL de susp. oral 10mg/mL/dia		
	<b>Inibidores de Protease (IP)</b>								
	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia	caps. de 200mg/dia						
	Fosamprenavir - FPV	comp. de 700mg/dia					mL de susp. oral 50mg/mL/dia		
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r	comp. de 200mg + 50mg/dia	comp. de 100mg + 25mg/dia				mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia		
	Ritonavir – RTV	caps. de 100mg/dia	comp. de 100mg/dia				mL de sol. oral 80mg/mL/dia		
	Saquinavir - SQV	caps. mole de 200mg/dia							
	<b>ARV de Terceira Linha</b>								
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 300mg/dia		comp. de 150mg/dia		comp. de 75mg/dia		
	Enfuvirtida - T-20	frascos-amp. de 90mg/mL/dia							
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia							
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia							
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia						
	Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia					mL de sol. oral 100mg/mL/dia		

15 - Médico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

(Carimbo e assinatura)

16 – Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)

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

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 a 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:

Esquema Preferencial de 1ª linha ( $\geq 35$ Kg)	Contraindicação	Esquema alternativo
<b>TDF + 3TC + EFV</b>	<b>EFV</b>	<b>TDF + 3TC + NVP</b>
	<b>EFV e NVP</b>	<b>TDF + 3TC + LPV/r</b>
	<b>EFV, NVP e LPV/r</b>	<b>TDF + 3TC + ATV/r (a partir de 6 anos)</b>
	<b>EFV, NVP, LPV/r e ATV/r</b>	<b>TDF + 3TC + FPV/r (a partir de 2 anos)</b>

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

**09 - Contraindicação de dose fixa combinada (DFC) “TDF + 3TC” ou “TDF +3TC +EFV” por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal?** Em casos de contra-indicação 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 SUS Adulto com HIV/Aids, criança com HIV/Aids e Gestantes HIV+ que iniciarão tratamento ARV no referido mês.

**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 a sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).

**12 - ARV de 3ª Linha:** 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 SUS. 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 SUS 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.