

## 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+
<b>3 - Este formulário tem a validade de:</b> <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	<b>4 - CPF</b>

<b>5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml</b> <input type="checkbox"/> < 50 <input type="checkbox"/> 50 – 1000 <input type="checkbox"/> > 1000 - Data do Exame ___/___/___	<b>Realizado na:</b> <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada	<b>6 - N° do Prontuário</b>	<b>7 - Manter esquema ARV anterior:</b> <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?**  
 Sim, última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) \_\_\_ mL/min, na data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Não

**10 - Início de Tratamento?**  
 Não  sim Se SIM, é um usuário coinfectado com tuberculose?  Não  Sim

<b>11 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)</b> <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"/> Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV: _____ <input type="checkbox"/> Gestação <small>sigla(s) do(s) ARV</small> _____	<b>12 – ARV de 3ª linha</b> <input type="checkbox"/> Autorizado por câmara técnica <input type="checkbox"/> Autorizado pelo MS	<b>13 - Situação Especial</b> <input type="checkbox"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa - N° Protocolo _____
---	--	--

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

<b>Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)</b>	<input type="checkbox"/> Tenofovir <sub>300mg</sub> (TDF) / Lamivudina <sub>300mg</sub> (3TC) “2 em 1” + Dolutegravir 50mg (DTG)																				
<b>ANTIRRETROVIRAL</b>																					
<b>DFC “3 em 1”</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz</td> <td style="width: 70%;">comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Tenofovir + Lamivudina</td> <td>comp. de 300mg + 300mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Zidovudina + Lamivudina</td> <td>comp. de 300mg + 150mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Abacavir - ABC</td> <td>comp. de 300mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Didanosina - ddl</td> <td>mL de pó p/ sol. oral 4g/dia</td> </tr> <tr> <td>Estavudina - d4T</td> <td>mL de pó p/ sol. oral 1mg/mL/dia</td> </tr> <tr> <td>Lamivudina - 3TC</td> <td>comp. de 150mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Tenofovir – TDF</td> <td>comp. de 300mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Zidovudina - AZT</td> <td>caps. de 100mg/dia      solução injetável 10 mg/mL/dia      mL de sol. oral 10mg/mL /dia</td> </tr> </table>	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia	Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia	Didanosina - ddl	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	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		
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia																				
Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia																				
Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia																				
Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia																				
Didanosina - ddl	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																				
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>(ITRNN)</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Efavirenz - EFV</td> <td style="width: 30%;">comp. de 600mg/dia</td> <td style="width: 30%;">caps. de 200mg /dia</td> <td style="width: 10%;">mL de sol. oral 30mg/mL /dia</td> </tr> <tr> <td>Nevirapina - NVP</td> <td>comp. de 200mg/dia</td> <td></td> <td>mL de susp. oral 10mg/mL/dia</td> </tr> </table>	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												
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>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Atazanavir - ATV</td> <td style="width: 30%;">caps. de 300mg/dia</td> <td style="width: 30%;">caps. de 200mg /dia</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Darunavir - DRV</td> <td>comp. de 600mg/dia</td> <td>comp. de 300mg /dia</td> <td>comp. de 150mg /dia      comp. de 75mg /dia</td> </tr> <tr> <td>Fosamprenavir - FPV</td> <td></td> <td></td> <td>mL de susp. oral 50mg/mL/dia</td> </tr> <tr> <td>Lopinavir + ritonavir - LPV/r</td> <td>comp. de 200mg + 50mg/dia</td> <td>comp. de 100mg + 25mg/dia</td> <td>mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia</td> </tr> <tr> <td>Ritonavir – RTV</td> <td>caps. de 100mg/dia</td> <td>comp. de 100mg/dia</td> <td>mL de sol. oral 80mg/mL/dia</td> </tr> </table>	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia	caps. de 200mg /dia		Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 300mg /dia	comp. de 150mg /dia      comp. de 75mg /dia	Fosamprenavir - FPV			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
Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia	caps. de 200mg /dia																			
Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 300mg /dia	comp. de 150mg /dia      comp. de 75mg /dia																		
Fosamprenavir - FPV			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																		
<b>Inibidores de Integrase</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Dolutegravir - DTG</td> <td style="width: 70%;">comp. de 50mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Raltegravir - RAL</td> <td>comp. de 400mg/dia      comp. de 100mg/dia</td> </tr> </table>	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia      comp. de 100mg/dia																
Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia																				
Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia      comp. de 100mg/dia																				
<b>ARV de Terceira Linha</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Dolutegravir - DTG</td> <td style="width: 70%;">comp. de 50mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Enfuvirtida - T-20</td> <td>frascos-amp. de 90mg/mL/dia</td> </tr> <tr> <td>Etravirina - ETR</td> <td>comp. de 100mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Maraviroque - MVQ</td> <td>comp. de 150mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Raltegravir - RAL</td> <td>comp. de 400mg/dia      comp. de 100mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Tipranavir - TPV</td> <td>caps. de 250mg/dia      mL de sol. oral 100mg/mL/dia</td> </tr> </table>	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/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								
Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/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)

<b>16 – Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)</b>			
<b>1ª dispensação</b> Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias	_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	<b>4ª dispensação</b> Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias	_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
<b>2ª dispensação</b> Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias	_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	<b>5ª dispensação</b> Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias	_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
<b>3ª dispensação</b> Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias	_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	<b>6ª dispensação</b> Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias	_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> _____ <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 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:

**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
<b>Alternativo - Adultos</b>	
<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>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 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 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. 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.