



## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- Preencher o formulário a caneta e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas.
- Os campos sombreados são de preenchimento obrigatório.

### DETALHAMENTO DOS CAMPOS

Unidade Dispensadora	Nome da unidade dispensadora que o paciente retira medicamento atualmente.
Cidade da UDM	Cidade e UF onde está localizada a unidade dispensadora de origem
Telefone para Contato (DDD +Número)	Telefone de contato da Unidade Dispensadora de Medicamentos de origem
E-mail da UDM	E-mail de contato da Unidade Dispensadora de Medicamentos de origem
Nome completo do Usuário SUS	Nome completo, sem qualquer abreviação.
Naturalidade (cidade/UF)	Nome da cidade de nascimento e Unidade da Federação. Para os estrangeiros, informar neste campo o país de nascimento.
Data de Nascimento	Informar a data de nascimento do paciente.
Nome completo da mãe / Responsável	Nome completo da mãe ou do responsável pelo menor, sem qualquer abreviação.
É cadastrado no SICLOM?	Marque com um "X" sobre a alternativa desejada
Data da última dispensa	Colocar a data da última entrega de ARV para o Usuário SUS
Último esquema ARV dispensado/quantidade	Colocar o nome de cada ARV utilizado no esquema do usuário SUS e sua quantidade diária.