

| Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe )</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                   |  |  |                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |  |  |
| <b>2 - Nº de Prontuário</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                    |  |  | <b>3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>4 - Sexo</b><br><input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>5 - Data da exposição</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |  |  |
| <b>6 - Circunstância de exposição</b><br><input type="checkbox"/> Acidente Ocupacional<br><input type="checkbox"/> Exposição Sexual Consentida<br><input type="checkbox"/> Planejamento Reprodutivo<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual<br><input type="checkbox"/> Outros _____ |  |  |                                                                                                                                                  |  |  | <b>7 - Nº de dias para dispensa</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                            |                                                                                         | <b>8 - Categoria de usuário (Populações Chave)</b><br><input type="radio"/> Gays e outros homens que fazem sexo com homens<br><input type="radio"/> Profissional do Sexo<br><input type="radio"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas<br><input type="radio"/> Transexual<br><input type="radio"/> Travesti<br><input type="radio"/> Outras populações |                                                                                                         |  |  |
| <b>9 – Esquema preferencial para PEP</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                  |  |  | <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir 300mg (ATV) + ritonavir 100mg (r)<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>(1 comp. Coformulado/dia)</span> <span>(1 comp./dia)</span> <span>(1 comp./dia)</span> </div> |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |  |  |

## ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

**ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".**

Versão Setembro – 2015

## DETALHAMENTO DOS CAMPOS

**01 - Nome do usuário:** Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.

**02 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.

**03 – Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/pessoa exposta:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém nascido ou da pessoa exposta

**04 – Sexo de nascimento:** informar o sexo ao nascimento

**05- Data da exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.

**06 – Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente ocupacional, exposição sexual consentida, planejamento reprodutivo, violência sexual, outros. E caso seja profilaxia da transmissão vertical se é para a parturiente ou para o RN da mãe infectada pelo HIV.

**07- N° de dias para dispensa:** Informar o número de dias de profilaxia dispensado.

**08 - Categoria de Usuário:** Informar se o usuário pertence a uma das populações chave. Este campo deve ser preenchido conforme a autodeclaração do usuário.

**09- Esquema Preferencial para PEP: TENOFOVIR/LAMIVUDINA (TDF/3TC)<sub>300/300mg</sub> + ATAZANAVIR<sub>300mg</sub> + ritonavir<sub>100mg</sub>,** 1 comprimido de cada ao dia. Ao escolher esse esquema, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido.

**10- Esquemas Alternativos de PEP:** Apenas em caso de contraindicação ao esquema preferencial, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido. Nos quadros abaixo os ARV indicados em caso de necessidade de substituição.

| Esquema preferencial para PEP | Contraindicação ao | Esquemas alternativos de PEP |
|-------------------------------|--------------------|------------------------------|
| <b>TDF/3TC + ATV/r</b>        | TDF                | <b>AZT/3TC + ATV/r</b>       |
|                               | ATV/r              | <b>AZT/3TC + LPV/r</b>       |
|                               | ATV/r e LPV/r      | <b>AZT/3TC + TDF</b>         |

**11- Medicamentos ARV:** Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multiexperimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de **ARV de terceira linha** necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).

**12 – Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

**13 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa.

**14 - Dispensa:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.