Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia																									
1 -	1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)																								
2 - N° de Prontuário 3 - Data de Na					ascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa					soa Exp	Exposta 4 - Sexo 5 - Data da exposição Feminino Masculino) 	1							
6 - Circunstância de exposição 7 - Nº de dias para dispensa								8 - Categoria de usuário (Populações Chave)																	
Acidente Ocupacional Exposição Sexual Consentida Planejamento Reprodutivo Transmissão V Violência Sexual Parturient					Vertical:					Gays e outros homens que fazem sexo com homens Profissional do Sexo Pessoas que usam álcool e outras drogas Transexual Travesti Outras populações															
9	9 - Esquema preferencial para PEP Tenofovir / Lamivudina _{(TDF/3TC)300mg/300mg} + Atazanavir _{300mg (ATV)} + ritonavir _{100mg (r)} (1 comp. Coformulado/dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)								ng (r)																
	- Esquemas alterr					☐ Te☐ Zic	nofov () lovud	lina / La 2 comp./d rir / Lam 1 comp./di lina / La 2 comp./di	ia) nivudi a) ımivu ^{a)}	na _{(T}	DF/3TC;	300mg C)300	g/300m mg/15	ng •	+	Ataz (1 co opina (4 co Teno (1 cor	omp./ omp./o fovi	/dia) 'r (LP' 'dia) i r 300n			(1 cor	NVIT100			
11 -	 Medicamentos AR 	<i>V (Preer</i>) Inibid	icher no q ores da T	<i>uadríc</i> u Fransci	ulo a (riptas	<u>QUANTI</u> se Reve	<i>DADE o</i> ersa Ar	<i>le comp/ca</i> nálogos d	<i>ips/mL</i> le Nucl	que d eosíc	eve ser deos/N	<i>usad</i> ucled	<i>la dia</i> otíde	<i>riame</i> os (l'	<i>ente)</i> TRN/IT	RNt)									
	Tenofovir / Lamivudir	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNt) vir / Lamivudina comp. de 300mg / 300mg/dia																							
	Zidovudina / Lamivud	ina	comp. c	le 300mg	/ 150m	ıg/dia																			
	Abacavir - ABC		comp. d	comp. de 300mg/dia								mL de sol. oral 20mg/mL /dia													
	Didanosina - ddl		caps. de	250mg/d	dia		ca	ps. de 400mg	/dia			mL de sol. oral de 10mg/mL/dia													
	Estavudina - d4T											mL de sol. oral 1mg/mL/dia													
	Lamivudina - 3TC		comp. c	de 150mg	y/dia							mL de sol. oral 10mg/mL/dia													
_	Tenofovir - TDF		comp.	de 300 mg	g/dia																				
	Zidovudina - AZT		caps. de	e 100mg/d	dia	Solução injetável 10 mg/mL/dia						mL de sol. oral 10mg/mL /dia													
	Inibidores			ores d	da Transcriptase Reversa Não Análogo						Nucle	ucleosídeos (ITRNN)													
Efavirenz - EFZ comp. de 600 mg/dia				dia				mL de sol. oral 30 mg/mL /dia																	
Efavirenz - EFZ comp. de 600 mg/dia caps. de 200 mg /dia mL de sol. oral 30 mg/mL /dia Nevirapina - NVP comp. de 200mg/dia mL de suspensão oral 10mg/mL /dia Inibidores de Protease (IP) Atazanavir - ATV caps. de 200mg/dia caps. de 300 mg /dia Darunavir - DRV comp. de 300mg/dia comp. de 150mg /dia comp. de 75mg /dia comp. de 600mg /dia Fosamprenavir - FPV comp. de 700mg/dia mL de suspensão oral 50mg/mL/dia Lopinavir / ritonavir - LPV/r comp. de 200mg / 50 mg/dia Comp. de 100mg / 25mg/dia mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL / 20m																									
Inibidores de Protease (IP)																									
	Atazanavir - ATV		caps. de	200mg/di	ia		ca	ps. de 300 m	g /dia																
8	Darunavir - DRV		comp. de	: 300mg/d	dia		co	mp. de 150m	g /dia		<u></u>	comp	o. de 7	5mg/d	lia			com	p. de 600)mg/c	dia				
Fosamprenavir - FPV comp. de 700mg/dia				dia							mL de suspensão oral 50mg/mL/dia														
Lopinavir / ritonavir - LPV/r comp. de 200m			200mg/	50 mg/	dia	Cd	Comp. de 100mg / 25mg/dia				mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL /dia														
Ritonavir - RTV caps. de 100mg/dia				ia				mL de sol. oral 80mg/mL/dia																	
	Saquinavir - sqv	avir - SQV caps. mole de 200mg/					ARV de Terceira Linha																		
	Darunavir - DRV		comp. de	300mg/d	dia	comp. de 150mg /dia					comp. de 75mg			5mg/d	g /dia comp. de 600a				00mg /dia						
	Enfuvirtida - T-20		frascos-a	mp. de 9	0 mg/m	L/dia																			
	Etravirina - ETR		comp. de	:100mg/di	lia																				
Maraviroque - MVQ comp. de 150mg/dia Raltegravir - RAL comp. de 400 mg/dia Tipranavir - TPV caps. de 250mg/dia mL de sol. oral 100mg/mL/dia																									
														-											
12 - Wicdico					13 - Farmacêutico responsável Data// CRF :							14 - Recebi em/													
(carimbo e assinatura)					(carimbo e assinatura)							(assinatura do usuário)													

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 informaçõees 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- N⁰ 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)**_{300/300mg} + **ATAZANAVIR**_{300mg} + **ritonavir**_{100mg}, 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
	TDF	AZT/3TC + ATV/r
TDF/3TC + ATV/r	ATV/r	AZT/3TC + LPV/r
	ATV/r e LPV/r	AZT/3TC + TDF

- 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 multiexeprimentados 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.