Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

1 - Nome do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)

2 - Categoria do Usuário
☐ **HIV/AIDS - Adulto**
☐ **HIV/AIDS - Criança**
☐ **Gestante HIV+**

3 - Este formulário tem a validade de: ☐ 30 dias ☐ 60 dias ☐ 90 dias ☐ 120 dias ☐ 150 dias ☐ 180 dias

4 - CPF

5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml Realizado na: ☐ Rede pública ☐ Rede privada
☐ < 50 ☐ 50 – 1000 ☐ > 1000 - Data do Exame ___/___/___

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 ☐ Não
Contraindicação ao ATZ? ☐ Nefropatia ☐ Interação Medicamentosa
Última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ____mL/min, na data __/___/___

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

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

12 – ARV de Uso Restrito
☐ 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) ☐ Tenofovir 300mg (TDF) / Lamivudina 300mg (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir 50mg (DTG)

	ANTIRRETROVIRAL						
DFC "3 em 1"	**Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz**		**comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia**				
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNt)	**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 - ddI						**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**
ITRNN	**Efavirenz - EFZ**		**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**
Inibidores de Protease (IP)	**Atazanavir - ATV**		**caps. de 300mg/dia**		**caps. de 200mg /dia**		
	Darunavir - DRV		**comp. de 600mg/dia**		**comp. de 150mg /dia**		**comp. de 75mg /dia**
	O DRV de 600mg, como resgate após primeira falha, só poderá ser prescrito a partir de Abril/2017						
	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		**comp. de 100mg/dia**				**mL de sol. oral 80mg/mL/dia**
Inibidores de Integrase	**Dolutegravir - DTG**		**comp. de 50mg/dia**				
	Raltegravir - RAL		**comp. de 400mg/dia**		**comp. de 100mg/dia**		
Medicamentos de Uso Restrito	**Darunavir - DRV**		**comp. de 600mg/dia**		**comp. de 150mg /dia**		**comp. de 75mg /dia**
	Dolutegravir - DTG		**comp. de 50mg/dia**				
	Enfuvirtida - T-20		**Frasco-amp. de 90mg/mL/dia**				
	Etravirina - ETR		**comp. de 100mg/dia**				
	Maraviroque - MVQ		**comp. de 150mg/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 _____/_____/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**)
Dispensação para _____ dias _____ (Assinatura do **usuário**)

2ª dispensação
Data _____/_____/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**)
Dispensação para _____ dias _____ (Assinatura do **usuário**)

3ª dispensação
Data _____/_____/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**)
Dispensação para _____ dias _____ (Assinatura do **usuário**)

4ª dispensação
Data _____/_____/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**)
Dispensação para _____ dias _____ (Assinatura do **usuário**)

5ª dispensação
Data _____/_____/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**)
Dispensação para _____ dias _____ (Assinatura do **usuário**)

6ª dispensação
Data _____/_____/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**)
Dispensação para _____ dias _____ (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 (≥ 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 ao 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 justifica-los. Os ARV indicados em caso de necessidade de substituição são:

Preferencial - Adultos	
TDF / 3TC + DTG	Esquema para início de tratamento a partir de 2017
TDF / 3TC / EFZ	Esquema para início de tratamento nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV **sem** critério de gravidade (conforme critérios elencados abaixo) - Gestantes
TDF / 3TC + RAL	Esquema para tratamento na coinfecção TB-HIV **com** um ou mais dos critérios de gravidade abaixo: • CD4 < 100 céls/mm³ • Presença de outra infecção oportunista • Necessidade de internação hospitalar/Doença grave • TB disseminada
Alternativo - Adultos	
TDF / 3TC / EFZ	Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contraindicação ao DTG
TDF / 3TC + RAL	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ, nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes *Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG*
ABC + 3TC + DTG	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 e ABC.*	
Preferencial - Crianças	
Esquema Preferencial de 1ª linha (< 35Kg)	**AZT + 3TC + ITRNN** **NVP: crianças < 3 anos** **EFZ: crianças ≥ 3 anos**

09 - Contraindicação de dose fixa combinada (DFC) "TDF + 3TC" ou "TDF +3TC +EFZ" 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 coinfectado 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 de Uso Restrito: Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica) ou federal (MS).

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.