

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UFC. DIS. 024 - Página 1/5	
Título do Documento	ATENDIMENTO DE PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO POR HIV	Emissão: 11/2020 Versão: 5	Próxima revisão: 11/2022

1. OBJETIVO(S)

Normatizar os procedimentos de atendimento a pacientes que se apresentam na expedição para Profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV (PEP).

2. MATERIAL

- Formulário de solicitação de antiretrovirais
- Computador

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Funcionários e pacientes que se apresentem à Expedição da Subunidade de Distribuição portando prescrição emitida pelo Hospital das Clínicas da UFG/EBSERH para receber o Kit de medicamentos para PEP devem ser atendidos.
- Para outras pessoas que procurem informações sobre a PEP ou solicitem dispensação de medicamentos que não foram prescritos no HC/UFG-EBSERH deve-se orientar a procurar a rede municipal de saúde de Goiânia: os CAIS aos finais de semana e o Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT) de segunda a sexta.
- Solicitar ao paciente os seguintes documentos:
 - Formulário de Solicitação de Medicamentos do Programa DST/AIDS (1 via)
 - Documento de identidade da pessoa acidentada (opcional)
- Caso o paciente não esteja portando o Formulário de Solicitação de Medicamentos do Programa DST/AIDS orientar o paciente a retornar ao local (ambulatório ou clínica) de atendimento e solicitar o preenchimento do documento. Esse documento está disponível nas unidades de internação, ambulatórios, pronto-socorro e também no seguinte endereço eletrônico:
http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicitacao_Medicamentos_Profilaxia.pdf
- Verificar se o Formulário de Solicitação de Medicamentos do Programa DST/AIDS está corretamente preenchido com os seguintes itens, conforme descrito no Quadro 1.
- Caso o Formulário de Solicitação de Medicamentos do Programa DST/AIDS esteja preenchido de forma incorreta e/ou incompleta, orientar o paciente a retornar ao local (ambulatório ou clínica) de atendimento e solicitar o preenchimento do documento.
- No Formulário de Solicitação de Medicamentos do Programa DST/AIDS, colocar a data do dia no campo data da 1ª dispensa e solicitar para quem estiver recebendo o medicamento assinar.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UFC. DIS. 024 - Página 3/5	
Título do Documento	ATENDIMENTO DE PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO POR HIV	Emissão: 11/2020 Versão: 5	Próxima revisão: 11/2022

Figura 1. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS – DISPONÍVEL EM http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicitacao_Medicamentos_Profilaxia.pdf

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia			
1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)			
2 - Nº de Prontuário	3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta	4 - Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	5 - Data da exposição
6 - Circunstância de exposição <input type="checkbox"/> Acidente Ocupacional <input type="checkbox"/> Exposição Sexual Consentida <input type="checkbox"/> Planejamento Reprodutivo <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Outros		7 - Nº de dias para dispensa	8 - Categoria de usuário (Populações Chave) <input type="checkbox"/> Gays e outros homens que fazem sexo com homens <input type="checkbox"/> Profissional do Sexo <input type="checkbox"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Outras populações
9 - Esquema preferencial para PEP		<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/150mg + Atazanavir 300mg (ATV) + ritonavir 100mg (R) (1 comp./dia)	
10 - Esquemas alternativos para PEP		<input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Atazanavir (ATV) + ritonavir 300mg (R) (2 comp./dia) <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/150mg + Lopinavir/r (LPV/r) 200mg/150mg (4 comp./dia) <input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Tenofovir 300mg (2 comp./dia)	
11 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/ml, que deve ser usada diariamente)			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNI)			
Tenofovir / Lamivudina	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/300mg/ida	
Zidovudina / Lamivudina	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/150mg/ida	
Abacavir - ABC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/ida	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 20mg/ml, ida
Didanosina - ddI	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg/ida	<input type="checkbox"/> caps. de 400mg/ida
Estavudina - d4T	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/ida	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 1mg/ml, ida
Lamivudina - 3TC	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/ida	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml, ida
Tenofovir - TDF	<input type="checkbox"/>	comp. de 300 mg/ida	
Zidovudina - AZT	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg/ida	<input type="checkbox"/> Solução injetável 10 mg/ml, ida
			<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml, ida
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNI)			
Efavirenz - EFZ	<input type="checkbox"/>	comp. de 600 mg/ida	<input type="checkbox"/> caps. de 200 mg/ida
Nevirapina - NVP	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg/ida	<input type="checkbox"/> ml. de suspensão oral 10mg/ml, ida
Inibidores de Protease (IP)			
Atazanavir - ATV	<input type="checkbox"/>	caps. de 200mg/ida	<input type="checkbox"/> caps. de 300 mg/ida
Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/ida	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg/ida
Fosamprenavir - FPV	<input type="checkbox"/>	comp. de 700mg/ida	<input type="checkbox"/> comp. de 75mg/ida
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg/50 mg/ida	<input type="checkbox"/> comp. de 600mg/ida
Ritonavir - RTV	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg/ida	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg/ida
Saquinavir - SQV	<input type="checkbox"/>	caps. mole de 200mg/ida	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 80mg/ml, ida
ARV de Terceira Linha			
Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/ida	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg/ida
Enfuvirtida - T-20	<input type="checkbox"/>	injecos-amp. de 90 mg/ml, ida	<input type="checkbox"/> comp. de 75mg/ida
Etravirtina - ETR	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg/ida	<input type="checkbox"/> comp. de 600mg/ida
Maraviroque - MVQ	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/ida	<input type="checkbox"/> ml. de suspensão oral 50mg/ml, ida
Raltegravir - RAL	<input type="checkbox"/>	comp. de 400 mg/ida	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml, ida
Tipranavir - TPV	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg/ida	<input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 100mg/ml, ida
12 - Médico Data ____/____/____ CRM : _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>		13 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF : _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>	
		14 - Recebi em ____/____/____ <small>(assinatura do usuário)</small>	
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.			



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UFC. DIS. 024 - Página 4/5	
Título do Documento	ATENDIMENTO DE PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO POR HIV	Emissão: 11/2020 Versão: 5	Próxima revisão: 11/2022

4. REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecções pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília-DF: Editora MS. 2010.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UFC. DIS. 024 - Página 5/5	
Título do Documento	ATENDIMENTO DE PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO POR HIV	Emissão: 11/2020 Versão: 5	Próxima revisão: 11/2022

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	RESPONSÁVEIS
1	Jun/16	Elaboração do Documento	Vivianne Vieira de Melo
2	Jul/16	Alteração do procedimento devido ao novo Formulário de Solicitação de Medicamentos	Vivianne Vieira de Melo
3	Ago/16	Inclusão do público alvo de atendimento e orientação de atendimento a pacientes provenientes de outros locais que não o HC/UFG-EBSERH	Vivianne Vieira de Melo
4	Ago/16	Exclusão da necessidade de receituário de controle especial para dispensação de medicamentos antiretrovirais devido à alterações na Portaria n.344/98.	Vivianne Vieira de Melo
5	Out/2020	Alteração de Atualização da formatação conforme normas da EBSERH 2019.	Thaís Hesther Lyra e Oliveira Costa

Elaboração/Revisão Thaís Hesther Lyra e Oliveira Costa – Farmacêutica	Data: 24/09/2020
Análise Renato Rocha Martins – Farmacêutico Chefe da Unidade de Farmácia Clínica	Data: 30/09/2020
Validação Bianca Cristina de Oliveira Borges – Enfermeira Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 10/11/2020
Aprovação Dra. Maria Conceição de C. Antonelli de Queiroz - Médica Gerência de Atenção à Saúde	Data: 20/11/2020

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte