



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 1/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

1. OBJETIVO

- Padronizar a prescrição, dispensação e reposição de medicamentos antirretrovirais para profilaxia e tratamento, no HU-UFPA.

2. MATERIAIS

- Formulários de Solicitação de Medicamentos:
 - Tratamento Adulto, Adolescente, Gestante;
 - Tratamento Criança;
 - Profilaxia – PEP;
 - Prevenção da Transmissão Vertical.
- Prescrição Médica no AGHUX.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Os medicamentos antirretrovirais, por seguirem a recomendação e fornecimento através do Programa Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ISTs/AIDS), possuem um processo especial de pedido e dispensação. Por isso, necessitam dos seguintes documentos:

❖ **Formulário de Solicitação de Medicamentos (Cópia para a Farmácia)**

A obtenção e o preenchimento deste formulário são de responsabilidade do prescritor. Caminho para acessar os formulários: O:\Unid_Vig_Saude\CCIH\FICHAS SOLICITAÇÃO ANTIRRETROVIRAIS\FORMULÁRIOS. Podem ser encontrados ainda, no Menu “Farmácia” do “Catálogo de Sistemas”.

- a. O prescritor deverá selecionar o formulário adequado à necessidade do paciente:
 - Tratamento Adulto, Adolescente, Gestante;
 - Tratamento Criança;
 - Profilaxia – PEP;
 - Prevenção da Transmissão Vertical.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 2/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

- b. Após o preenchimento correto do formulário, estes deverão ser encaminhados à Unidade Dispensação Farmacêutica (UDIS), e proceder; (**Responsabilidade:** equipe de enfermagem).
- Os campos marcados com asteriscos (*) são obrigatórios e os critérios para a escolha do esquema terapêutico adequado estão definidos no formulário. Além disso, é necessário carimbo e a assinatura do médico prescritor.
- c. A equipe da UDIS ficará responsável pela conferência do preenchimento correto dos documentos acima citados e, em seguida, fará a dispensação dos medicamentos prescritos no formulário, através da prescrição eletrônica no sistema AGHUX; (**Responsabilidade:** Farmacêuticos e Técnicos de Farmácia).
- d. A equipe plantonista da UDIS, deverá tirar uma cópia dos documentos, devolvendo os originais ao colaborador da enfermagem.
- e. Informar ao Serviço de Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde sobre a dispensação, e armazenar o formulário na pasta da CCIRAS. Também deverá relatar em instrumento de passagem de plantão (Teams). Não enviar fotos de receitas e formulários em aplicativos de mensagens instantâneas, observando-se os princípios da LGPD. (**Responsabilidade:** Farmacêuticos).
- f. Posteriormente, os documentos recolhidos pelo CCIRAS serão encaminhados ao Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município para reposição dos medicamentos dispensados. (**Responsabilidade:** Farmacêutico do CCIRAS).

❖ **Prescrição eletrônica no AGHUX**

- a. Os medicamentos devem estar prescritos no AGHUX, para que seja realizado a baixa no estoque e garantir a rastreabilidade do medicamento. (**Responsabilidade:** Médico).

- **OBS:** CASO SEJA NECESSÁRIA UMA QUANTIDADE MAIOR DO QUE ESTÁ PADRONIZADO NO FORMULÁRIO, JUSTIFICAR em Receituário simples, conforme condições abaixo:

- ❖ Necessária dose superior à padronizada devido ao peso;
- ❖ Para paciente HIV+ em evolução para parto vaginal, ou seja, duração do parto normal acima do tempo estimado padronizado.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 3/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

4. DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS (ARVS)

- a. Os Antirretrovirais (ARVs) serão encaminhados à Unidade de Abastecimento e Controle de Estoque (UACE) para efetuar sua inclusão no estoque, dentro do grupo de Medicamentos dos Programas Assistenciais (91). (**Responsabilidade:** Farmacêutico do CCIRAS).
 - b. A UACE deve proceder à transferência do quantitativo total de ARVs do Almoxarifado 4 (UACE) para o Almoxarifado 9 (Dispensação Farmacêutica) e encaminhar os medicamentos à farmácia. (**Responsabilidade:** UACE).
 - c. Os medicamentos sob forma farmacêutica de cápsulas ou comprimidos serão unitarizados para dispensação individualizada ao paciente, através da triagem da prescrição eletrônica e dispensação no módulo de farmácia no AGHUX; (**Responsabilidade:** Farmacêutico e Técnico de Farmácia).
 - d. **ATENÇÃO:** Será realizada a unitarização parcial dos comprimidos devido ao baixo consumo, a fim de preservar a estabilidade do medicamento. (**Responsabilidade:** Farmacêutico, Técnico de Farmácia e estoquista).
 - e. Na alta do paciente, será possível dispensar o quantitativo de ARVs para garantir a continuidade do tratamento até que o paciente tenha a oportunidade de procurar o Serviço de Assistência Especializada (SAE). Este procedimento deve levar em conta os períodos nos quais o SAE não estará operacional, tais como fins de semana e feriados. (**Responsabilidade:** Enfermeiro e Farmacêutico).
 - f. **Para as Soluções Orais** dispensar o frasco todo ao paciente por meio de prescrição médica eletrônica ou realizar um Atendimento ao Paciente no AGHUX (transcrição do formulário) ou Requisição de material vinculado ao paciente. **Responsabilidade:** Farmacêutico).
- O frasco deve permanecer em posse do paciente e deve ser encaminhado junto com a alta hospitalar para término do tratamento em domicílio.

4.1. Periodicidade

O processo é realizado conforme a demanda, destacando-se que estará disponível em 24h. Entretanto, como o fornecimento dos medicamentos antirretrovirais ocorre através do SAE e este funciona somente das 07 às 13h, em dias úteis, o fornecimento dos medicamentos poderá sofrer atraso, a depender da disponibilidade deste.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 4/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- ❖ O restante dos medicamentos para completar o tratamento deverá ser retirado pelo paciente no SAE (Rua dos Missionários, nº 420, Jd. Caramuru, Tel. [\(67\) 99948-9340](tel:(67)99948-9340) – horário de funcionamento da farmácia do SAE: 07 -13h com a(o) farmacêutica (o) responsável.
- ❖ O paciente deverá levar o formulário de solicitação de medicamentos – Profilaxia para o SAE e a farmácia deverá reter uma cópia desses documentos.
- ❖ O farmacêutico plantonista deverá informar ao CCIRAS sobre a necessidade de reposição, e armazenar o formulário na pasta da CCIRAS. Também deverá relatar em instrumento de passagem de plantão (Trello). Não enviar fotos de receitas e formulários em aplicativos de mensagens instantâneas, observando-se os princípios da LGPD.
- ❖ Posteriormente, os documentos recolhidos pelo CCIRAS serão encaminhados ao SAE do município para reposição dos medicamentos dispensados.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 48p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/20230208_PCDT_Resumido_PEP_final.pdf.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	02/01/2017	Elaboração do material.
02	30/09/2020	Revisão e adequação ao formato padronizado pela instituição
03	30/01/2024	Revisão e adequação ao formato padronizado pela instituição
04	15/05/2024	Inclusão de informações referentes aos POP's UDIS 018: Dispensação de terapia antirretroviral para tratamento; 019: Dispensação de kit de profilaxia pós exposição ocupacional; 020: Dispensação de kit violência sexual adulto; 021: Dispensação de kit pós violência sexual (crianças e adolescentes); e 022: Dispensação de kit maternidade para profilaxia.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 5/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

Elaboração Marcelo Konorat	Data: 02/01/2017
Revisão Marcelo Konorat – 2ª versão Cleber Massato Toda Andressa Leite Ferraz de Melo – 3ª versão Andressa Leite Ferraz de Melo – 4ª versão	Data: 30/09/2020 Data: 30/01/2024 Data: 15/05/2024
Análise Micheli Guardiano Torres – Unidade de Vigilância em Saúde	Data: 20/05/2024
Validação Fuad Fayez Mahmoud – Setor de Gestão da Qualidade	Data: 20/05/2024
Aprovação Rafaele Carla Pivetta de Araújo – Setor de Farmácia Hospitalar Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 16/05/2024 Data: 08/07/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI – 23529.000744/2021-11.

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



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 6/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

ANEXO 1: Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto (tratamento)

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto MARÇO/2024

1 - Categoria de usuário HIV/AIDS - Adulto HIV/AIDS - Adolescente HIV/AIDS - Gestante IG: _____ Semanas _____ DI deslecho da gestação: _____

2 - Serviço de atendimento* Serviço Especializado OCTA Atenção Primária Internação Hospitalar

3 - Origem do acompanhamento médico:* Público Privado 4 - CPF* _____

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL Data do exame _____ 8 - Exame realizado na rede: Pública Privada

<50 50 - 199 200 - 499 500 - 1000 >1000

9 - Início de tratamento?* Sim Não 10 - Manter TARV anterior? Sim Não 11 - Paciente coinfestado? TB Hepatite B Hepatite C

12 - Motivo para mudança na terapia antirretroviral (TARV)
 Falha virológica Resistência a inibidor da integrase Reação(ões) adversa(s) a(o)s ARV _____
 Falta de medicamento Coinfecção HIV-TB Terapia dupla - Falha prévia Sim Não
 Gestação Reintrodução após interrupção de tratamento Outro – especificar: _____

13 - Contraindicação ao uso de esquema com Dolutegravir: Toxicidade

14. Contraindicação à dose fixa combinada com TDF e/ou necessidade de ajuste da dose do 3TC devido à:
 Alteração na função renal Osteopenia/osteoporose

15 - Indicação de DRV/r 600/100 mg: Gestante Apresenta mutação ao DRV Falha prévia com IP sem RTV

16 - Indicação de TAF (Coinfecção HIV-HBV): Alteração na função renal Osteopenia/osteoporose

17 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:
 Rifampicina Fenitoína Etravirina sem inibidor da Protease Oxycarbazepina
 Carbamazepina Fenobarbital Resistência a Inibidor da Integrase

18 - ARV de uso restrito Autorizado pela Câmara Técnica

19 - Medicamentos ARV (Preencher no quadriculo 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)

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	
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia	ml. de sol. oral 10mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia	
	Tenofovir Alafenamida (TAF)	comp. de 25mg/dia	Use exclusivo para paciente coinfestado HIV/HBV
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNn)	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia
	Efavirenz - EFV	comp. de 600mg/dia	
Inibidores da Protease (IP)	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia	
	Darunavir - DRV	comp. de 800mg/dia	comp. de 600mg/dia
	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia	
Inibidores da Integrase (INI)	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia	envelopada
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia	
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	
DFC – Dolutegravir Lamivudina		comp. de 50mg - 300mg/dia	
DFC "3 em 1" - Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz		comp. de 300mg - 300mg - 600mg/dia	

Medicamentos de uso restrito

Etravirina - ETR	comp. de 200mg/dia	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia
------------------	--------------------	-------------------	--------------------

20 - Prescritor UF: _____ CRM: _____
 Data: ____/____/____ RMS: _____ Código e Assinatura

21 - Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM) **Este formulário tem a validade de 180 dias**

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do farmacêutico)	4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do farmacêutico)
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do usuário)	5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do usuário)
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do farmacêutico)	6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias	(Assinatura do farmacêutico)
	(Assinatura do usuário)		(Assinatura do usuário)



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 7/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos com * são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

BRAS/2024

DESCRIÇÃO DOS CAMPOS

01. **Categoria de Usuário:** HIV/AIDS Adulto, Adolescentes (>e igual 12 anos) e Gestante HIV+ (mulheres grávidas no momento da dispensação). No caso de Gestante HIV+, informar a idade gestacional (IG: número de semanas de gestação) e posterior data do desfecho da gestação (parto ou aborto). Alterar a categoria de usuário após o desfecho.

02. **Serviço de atendimento:** Serviço especializado (serviços de referência, SAE, CRT), CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento); Atenção Primária (unidades básicas, unidades de atenção primária públicas ou privadas, clínicas da família); Internação Hospitalar (usuário internado ou prescrição de alta). **(preenchimento obrigatório).**

03. **Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS. **(preenchimento obrigatório).**

04. **CPF:** O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena. **(preenchimento obrigatório).**

05. **Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil:** Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme documento de identidade oficial. **(preenchimento obrigatório).**

06. **Nome social:** De acordo com o Decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social divergente do nome de registro.

07. **Último exame de carga viral:** Informar o valor do último exame de carga viral, a data de realização e o local onde foi realizado.

08. **Exame realizado na rede:** Se o exame de carga viral foi realizado na rede pública ou privada.

09. **Início de tratamento?** Situação em que o Usuário SUS iniciará tratamento antiretroviral(ARV) no referido mês. **(preenchimento obrigatório).**

10. **Manter esquema ARV anterior:** Caso seja marcada a opção sim, os campos de 12 ao 19 não precisarão ser preenchidos.

11. **Paciente Coinfetado:** Informar se a PVHA apresenta coinfeção HIV com TB, Hepatite B ou Hepatite C.

Recomendação de esquema e dose de Dolutegravir na coinfeção TB-HIV	
Durante o uso de rifampicina para tratamento da tuberculose	Tratamento Preferencial
	TDF+3TC (300mg/300mg) - 01 cp ao dia DTG (50mg) – 01 cp de 12/12h Manter a dosagem de DTG 12/12h até 15 dias após a conclusão do tratamento tuberculostático.
	Tratamento Alternativo
	TDF + 3TC+EFV (300/300/600mg) -01cp ao dia Coletar exame de genotipagem e iniciar o esquema imediatamente após a coleta.

12. **Motivo para mudança no tratamento antiretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha virológica, Falta de Medicamento, Resistência ao inibidor da integrase, Coinfeção com tuberculose, Gestação, Terapia dupla, Reintrodução após interrupção de tratamento, Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV (informar sigla do ARV) ou outro (especificar o motivo).

13. **Contraindicação ao uso de esquema com Dolutegravir:** Marcar a opção que contraindica Dolutegravir 50 mg/dia.

Situação	Esquema antiretroviral
Esquema preferencial	TDF/3TC + DTG
Intolerância ou contraindicação a DTG 50 mg/dia	Substituir DTG por DRV/r ou EFV
Intolerância ou contraindicação a TDF	Substituir TDF por ABC (em caso de teste HLA-B*5701 negativo) ou por AZT

14. **Contraindicação à dose fixa combinada com TDF e/ou necessidade de ajuste da dose do 3TC devido à:** Informar o motivo: alteração da função renal ou osteopenia/osteoporose.

15. **Indicação de DRV/r 600mg + 100mg (12/12 horas):** Apenas para pessoas com mutações que confirmam resistência para o Danavir: V11I, V32I, L33F, I47V, I50V, I54M, T74P, L76V, I84V ou L89V. Gestante ou PVHIV com histórico de falha previa a IP sem reforço do Ritonavir.

16. **Indicação de TAF:** marcar esse campo se PVHA com coinfeção HIV-HBV e contraindicação ao TDF.

17. **Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:** Marcar a opção que justifica a dose dobrada do Dolutegravir.

18. **ARV de uso restrito:** marcar caso o esquema tenha sido aprovado pela câmara técnica.

19. **Medicamentos ARV:** Lista dos ARV oferecidos pelo SUS. O prescritor deverá assinalar um "x" no esquema preferencial ou para os demais ARV, informar a quantidade prescrita ao Usuário.

20. **Prescritor:** Assinatura, data e CRM ou RMS do médico responsável. Para assinatura digital ver anexo 1 do Ofício Circular nº 13/20/CGA/HV/DCC/ISS/SMS.

21. **Recibo:** Assinatura do usuário e data 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.

ESTE FORMULÁRIO TEM A VALIDADE DE 180 DIAS

Esquemas ou ARV com necessidade de aprovação por CT:	
Medicamentos de uso restrito	ARV para esquemas de 3ª linha
Início de tratamento com esquemas que não incluem 2 ITRN	DRV/r 600mg + 100mg para adultos, não gestantes e sem presença de mutações para o Danavir
Esquema com DRV/r + DTG para pessoas com carga viral suprimida	



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 8/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024	Próxima revisão: 08/07/2026
		Versão: 04	

ANEXO 2: Formulário de solicitação de medicamentos – PEP (Profilaxia)

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PEP				FEV/2023	
1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - Prontuário	4 - Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social		
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*					
6 - Nome Social					
7 - Nome Completo da Mãe*					
8 - Data de Nascimento*	9 - UF de Nascimento*	10 - Cidade de Nascimento*	11 - País de Nascimento*		
12 - Nacionalidade*		13 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente			
14 - UF de Residência*	15 - Cidade de Residência*	16 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorada			
17 - Escolaridade* <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> Ignorada		18 - Sexo atribuído ao Nascimento <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo	19 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual	20 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Não binário	
21 - Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	22 - Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas? <input type="radio"/> Sim, álcool <input type="radio"/> Sim, outras drogas <input type="radio"/> Sim, álcool e outras drogas <input type="radio"/> Não	23 - Gestante* <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	24 - Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	25 - Pessoa privada de liberdade no momento* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	26 - Data da exposição*
27 - Circunstância da Exposição* <input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual				28 - Origem do acompanhamento médico* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	
29 - Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Serviço de urgência ou emergência <input type="radio"/> OCTA					
30 - CNES do Serviço de Atendimento		31 - Nome do Serviço de Atendimento			
32 - Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquema alternativo?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe <small>(Se sim informar no campo abaixo a prescrição legível)</small>					
33 – Esquemas preferenciais para PEP e posologias					
Faixa etária/ou critérios	Esquemas terapêutico/posologias				
Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) <small>(≥ 35 kg)</small> Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)				
0 a 4 semanas (1 mês de vida)	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT)	___ mL de sol. oral 10mg/mL/dia			
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC)	___ mL de sol. oral 10mg/mL/dia			
	<input type="radio"/> Raltegravir (RAL)	___ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)			
Acima de 4 semanas a 6 anos	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT)	___ mL de sol. oral 10mg/mL/dia			
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC)	___ mL de sol. oral 10mg/mL/dia			
Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG)	___ comp. para suspensão 5mg (≥ 3kg)			
	Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)				
Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada e/ou esquemas alternativos.* <small>(informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária)</small>					
	Medicamento	Apresentação		Posologia Diária	
34 - Prescritor Tipo de conselho: _____ UF do conselho: _____ Data: ___/___/___ Nº do conselho: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>		35 - Técnico Responsável Data: ___/___/___ <small>(carimbo e assinatura)</small>		36 - Recebi em: Data: ___/___/___ <small>(assinatura do Usuário SUS)</small>	



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 9/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

ORIENTAÇÕES GERAIS		
Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.		
DETALHAMENTO DOS CAMPOS		
<p>01. CPF: O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena.</p> <p>02. CNS - Cartão Nacional de Saúde: Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).</p> <p>03. Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>04. Identificação Preferencial do Usuário: Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).</p> <p>05. Nome Completo do Usuário - Civil: Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p>06. Nome Social: Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p>07. Nome Completo da Mãe: Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.</p> <p>08. Data de Nascimento: Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.</p> <p>09. UF: Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS.</p> <p>10. Cidade de Nascimento: Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.</p> <p>11. Pais de Nascimento: Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>12. Nacionalidade: Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS</p> <p>13. Situação do estrangeiro: Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.</p> <p>14. UF: Unidade da Federação da residência do usuário SUS.</p> <p>15. Cidade de Residência: Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia.</p> <p>16. Raça/cor: Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.</p> <p>17. Escolaridade: Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos"</p> <p>18. Órgão Genital de Nascimento: Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.</p> <p>19. Orientação Sexual: É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).</p> <p>20. Identidade de Gênero: é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).</p> <p>21. “Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?”: Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.</p> <p>22. Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?: Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses</p> <p>23. Gestante: Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas.</p> <p>24. Pessoa em situação de rua no momento: Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.</p> <p>25. Pessoa privada de liberdade no momento: Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade</p> <p>26. Data da Exposição: Informar a data que ocorreu a exposição de risco.</p> <p>27. Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, favor usar formulário específico "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical"</p> <p>28. Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.</p> <p>29. Serviço de Atendimento: Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência e CTA.</p> <p>30. CNES do Estabelecimento de Saúde: Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p>31. Nome do Estabelecimento de Saúde: Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p>32. Pessoa fonte multixperimentada e/ou esquemas alternativos?: Se sim informar no campo específico a prescrição legível</p> <p>33. Esquemas preferenciais para PEP e posologias: Lista dos Esquemas antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor deverá assinalar um "x" no esquema preferencial.</p>		
FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	ESQUEMA ALTERNATIVO
Acima de 6 anos/Adultos	TDF** + 3TC + DTG 50mg***	Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r
0-14 dias	AZT + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP
14 dias a 4 semanas	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R
Acima de 4 semanas a 6 anos	AZT + 3TC+DTG 5mg	Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R
Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos. * Peso ≥ 3kg - ** Peso ≥ 35kg *** Peso ≥ 20kg		
34. Prescritor: Assinatura e carimbo do prescritor responsável.		
35. Técnico responsável: Assinatura do técnico responsável pela dispensação.		
36. Recebi em: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.		



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 10/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024	Próxima revisão: 08/07/2026
		Versão: 04	

ANEXO 3: Formulário de solicitação de medicamentos - prevenção da transmissão vertical – HIV

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL - HIV MAIO/2023

1. Tipo de dispensação: Profilaxia parturiente com HIV Profilaxia recém-nascido exposto ao HIV Profilaxia lactente exposto ao HIV

2. CPF da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV* | 3 - CNS – Cartão Nacional de Saúde | 4 - Prontuário | 5 - Identificação Preferencial da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV*
 Nome Civil Nome Social

6. Nome Completo da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV*
 7. Nome Social da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV
 8. Nome da Mãe da Parturiente ou avô da Criança Exposta ao HIV*
 9. Nome Completo da Criança Exposta ao HIV*

Campos de preenchimento obrigatório para Parturiente e Mãe da criança exposta ao HIV:

10. D. N. da parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV* | 11 - Nacionalidade* | 12 - Raça/oor*
 Branca Preta Indígena Parda Amarela Ignorada | 13. Pessoa em situação de rua no momento* Sim Não | 14. Pessoa Privada de Liberdade no momento* Sim Não

Campos de preenchimento obrigatório para Parturiente e RN Exposto ao HIV no parto:

15. Dispensação da profilaxia realizada*: No momento do parto Antes do parto | 16. Via de Parto: Vaginal Cesariana Emergencial Cesariana Eletiva | 17. Idade gestacional da Parturiente* Semanas | 18. Foi dispensada Cabergolina 0,5 mg*? Sim Não Se sim, quantos comprimidos?

Campos de preenchimento obrigatório para Parturiente e RN Exposto ao HIV no parto:
* no caso do lactente exposto ao HIV por amamentação é opcional | 19. Último exame de Carga Viral da Parturiente/Mãe do RN em cópias/mL* < 50 > 1000 Desconhecida | 20. Exame realizado na rede: Pública Privada | Data do exame: ___/___/___

Campos de preenchimento para Criança exposta ao HIV:
* no caso do lactente exposto ao HIV por amamentação campos obrigatórios | 21. CPF da Criança exposta ao HIV | 22. Data de Nascimento da Criança exposta ao HIV

Parturiente

23. Esquema preferencial para parturiente

Justificativa para uso de AZT cápsula no momento do parto

Zidovudina Solução Injetável - 2mg/kg na 1ª hora seguida e 1mg/kg nas horas subsequentes. mL de solução injetável 10mg/mL no momento do parto
* Parturientes que já estejam em uso de antirretroviral deverão manter seus esquemas nos horários habituais, via oral.

Zidovudina cápsula - 300mg no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300 mg a cada três horas, até o clampamento do cordão umbilical. caps. de 100mg/durante o parto
*Uso em caráter excepcional, na falta do AZT injetável. É necessária a justificativa.

Criança exposta ao HIV - no parto ou por amamentação

24. Esquema preferencial para recém-nascido (RN) exposto ao HIV no parto

BAIXO RISCO Cenário: Uso de TARV na gestação E com Carga Viral do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV

ARV	Quant./dia	Idade gestacional	Dosagem		Intervalo	Período
			Oral	Injetável		
AZT solução oral 10mg/mL ou	<input type="checkbox"/>	Menor de 30 semanas	2mg/kg/dose	1,3mg/kg/dose	12/12h	28 dias
		Entre 30 e 35 semanas	2mg/kg/dose	1,5mg/kg/dose	12/12h	1 a 14ª dia
AZT injetável (10mg/ml)* <small>*caráter excepcional</small>	<input type="checkbox"/>	Entre 30 e 35 semanas	3mg/kg/dose	2,3mg/kg/dose	12/12h	15 a 28ª dia
		35 semanas ou mais	4mg/kg/dose	3mg/kg/dose	12/12h	28 dias

ALTO RISCO Cenário: Parturiente sem pré-natal OU; sem TARV durante a gestação OU; com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a recebeu OU; com início de TARV após 2ª metade da gestação OU; com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento OU; com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV OU; sem CV-HIV conhecida OU; com teste Rápido (TR) reagente para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico prévio ou seguimento prévio).

ARV	Quant./dia	Idade gestacional	Dosagem		Intervalo	Período
			Oral	Injetável		
AZT solução oral 10mg/mL ou	<input type="checkbox"/>	Menor de 30 semanas	2mg/kg/dose	1,3mg/kg/dose	12/12h	28 dias
		Entre 30 e 35 semanas	2mg/kg/dose	1,5mg/kg/dose	12/12h	1 a 14ª dia
AZT injetável (10mg/ml)* <small>*caráter excepcional</small>	<input type="checkbox"/>	Entre 30 e 35 semanas	3mg/kg/dose	2,3mg/kg/dose	12/12h	15 a 28ª dia
		35 semanas ou mais	4mg/kg/dose	3mg/kg/dose	12/12h	28 dias
3TC solução oral 10mg/mL	<input type="checkbox"/>	34 semanas ou mais	2mg/kg/dose		12/12h	28 dias
NVP Suspensão oral 10mg/ml	<input type="checkbox"/>	Entre 34 e menor de 37 semanas	4mg/kg/dose		2x ao dia	1ª semana
			6mg/kg/dose		2x ao dia	2ª semana
RAL 100mg granulado para suspensão oral	<input type="checkbox"/>	37 semanas ou mais e peso ≥ a 2 kg	1,5mg/kg/dose		1x ao dia	1 ao 7ª dia
			3mg/kg/dose		2x ao dia	8 a 28ª dia

25. Profilaxia para lactente exposto ao HIV por amamentação

Idade	Esquema terapêutico/Posologia diária (No caso lactente exposto ao HIV por amamentação com idade inferior a 4 semanas de vida ou peso inferior a 3kg, utilizar esquema descrito como ALTO RISCO no item 24)			Duração
≥4semanas (peso ≥ 3kg)	<input type="checkbox"/> AZT (ml de Solução oral 10mg/ml) 4kg-9kg: 12mg/kg/dose 12/12h 9kg-30kg: 9mg/kg/dose 12/12h ≥30kg: 300mg 12/12h	<input type="checkbox"/> 3TC (ml de sol. oral 10mg/ml/dia) <30 dias de vida: 2mg/kg/dose 12/12h ≥30 dias: 4mg/kg/dose 12/12h (dose max. 300 mg/dia)	<input type="checkbox"/> DTG (comp. para suspensão 5mg (≥3kg) 3 a <6kg: 1cp. 1x/dia 6 a <10kg: >6meses de idade - 2cp. 2x/dia; >6 meses de idade - 3 cp. 1x/dia 10 a <14kg: 4 cp. 1x/dia 14 a <20kg: 5 cp. 1x/dia	28 dias

26 - Prescritor
 Data ___/___/___ CRM/RMS: _____
(carimbo e assinatura)

27 - Farmacêutico Responsável
 Data ___/___/___ CRF: _____
(carimbo e assinatura)

28 - Recebi em ___/___/___
(assinatura do usuário)



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 11/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

ORIENTAÇÕES GERAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório. • As alternativas com ícone <input type="radio"/> indicam que uma única resposta é possível. • As alternativas com ícone <input type="checkbox"/> indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha). <p style="text-align: right;">MAIO/2023</p>
DETALHAMENTO DOS CAMPOS
<p>1. Tipo de Dispensação: Marcar "Profilaxia parturiente com HIV" para uso da zidovudina (AZT) injetável pela parturiente no momento do parto. Marcar "Profilaxia do recém-nascido exposto ao HIV" para prescrição de profilaxia na maternidade para crianças nascidas de mulheres vivendo com HIV. Marcar "Profilaxia do lactente exposto ao HIV" para prescrição de profilaxia a crianças expostas ao HIV através do aleitamento.</p> <p>2. CPF da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV: Inserir o CPF da Parturiente ou Mãe da Criança exposta ao HIV. <i>(Preenchimento obrigatório para prescrição de profilaxia de crianças expostas ao HIV e parturientes. As exceções previstas em lei são para população indígena, pessoas em situação de rua, estrangeiros).</i></p> <p>3. CNS – Cartão Nacional de Saúde: Número a ser preenchido de acordo com o Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).</p> <p>4. Prontuário: Número do prontuário do(a) usuário(a) utilizado pelo serviço de saúde.</p> <p>5. Identificação Preferencial da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV: Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/ mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência.</p> <p>6. Nome Completo da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV: Preencher com o nome completo da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV, sem qualquer abreviação, exatamente como consta em um documento de identificação oficial. <i>(Preenchimento para prescrição de profilaxia de crianças expostas ao HIV e de parturientes).</i></p> <p>7. Nome Social da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que diverja do nome de registro.</p> <p>8. Nome Completo da Mãe da Parturiente ou da Mãe da Criança Exposta ao HIV: Preencher com o nome completo da Mãe da Parturiente ou da Mãe da Criança Exposta ao HIV sem qualquer abreviação. <i>(Preenchimento para prescrição de profilaxia de crianças expostas ao HIV e de parturientes).</i></p> <p>9. Nome Completo da Criança Exposta ao HIV: Preencher com o nome completo da Criança Exposta ao HIV sem qualquer abreviação, exatamente como consta em um documento de identificação oficial. <i>(Preenchimento para prescrição de profilaxia de crianças expostas ao HIV e de parturientes).</i></p> <p>10. Data de Nascimento da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV: Inserir data de nascimento da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV, no formato dd/mm/aaaa.</p> <p>11. Nacionalidade: Inserir a Nacionalidade da Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV.</p> <p>12. Raça/cor: Pedir à Parturiente ou Mãe da Criança Exposta que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser autorreferida.</p> <p>13. Pessoa em situação de rua no momento: Informar se Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV está em situação de rua ou não.</p> <p>14. Pessoa Privada de Liberdade no Momento: Informar se Parturiente ou Mãe da Criança Exposta ao HIV está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade.</p> <p>15. Dispensação da profilaxia realizada: Informar se dispensação da profilaxia realizada em Parturiente foi realizada no momento do parto ou anterior ao parto.</p> <p>16. Via de Parto: Informar se o parto foi vaginal, cesárea eletiva ou cesárea emergencial. Essa informação será importante na profilaxia do recém-nascido exposto na gestação.</p> <p>17. Idade gestacional da Parturiente: Idade gestacional se refere ao tempo decorrido entre o 1º dia da última menstruação até o momento do parto. Favor informar a idade gestacional em semanas completas (aproximadamente de 23 a 42 semanas). <i>(Preenchimento obrigatório para prescrição de Parturiente e Recém-nascidos, se referindo à idade gestacional materna no momento do parto).</i></p> <p>18. Foi dispensado Cabergolina 0,5mg? Informar se foi dispensado Cabergolina 0,5mg à Parturiente. Se Cabergolina 0,5 mg dispensada, registrar o número de comprimidos.</p> <p>19. Último exame de Carga Viral Materna: O campo deve ser preenchido com o resultado da última carga viral do HIV da parturiente, realizada antes do parto, para dispensação de profilaxia de Parturiente com HIV, e com a carga viral da Mãe da Criança Exposta, para profilaxia de lactentes (crianças expostas através de aleitamento) e Recém-Nascidos. Marcar "<50" para resultados de carga viral do HIV indetectável; marcar "50-1000" para resultados cujos valores estão dentro desse intervalo; e marcar "> 1000" para resultados acima de 1000 cópias/ mL. Marcar "desconhecido" apenas quando a mulher não tiver realizado exame de carga viral. Registrar data de realização do exame.</p> <p>20. Exame realizado na rede: Especificar onde o exame foi realizado, se na rede laboratorial "privada" ou "pública".</p> <p>21. CPF da Criança exposta ao HIV: Inserir o CPF da criança exposta.</p> <p>22. Data de Nascimento da Criança exposta ao HIV: Inserir data de nascimento da criança exposta ao HIV, no formato dd/mm/aaaa.</p> <p>23. Esquema preferencial para parturiente: O AZT injetável é o antirretroviral indicado para profilaxia da transmissão vertical do HIV, a ser administrado em parturientes com a última carga viral do HIV realizada antes do parto com qualquer valor detectável. Deve ser administrado assim que se iniciar o trabalho de parto ou três horas antes de iniciar a cesárea eletiva, até o clampamento do cordão umbilical. O médico deverá informar a quantidade prescrita. O AZT cápsula poderá ser utilizado em caráter de exceção, para isso é necessária a justificativa.</p> <p>24. Esquema preferencial para recém-nascido (RN) exposto ao HIV no parto: Esquema oferecido pelo SUS para a dispensação de antirretroviral (ARV) como esquema preferencial para recém-nascido (RN) exposto ao HIV no parto. O médico deverá analisar o cenário de exposição da criança e informar a posologia diária do(s) ARV prescrito(s).</p> <p>25. Profilaxia para lactente exposto ao HIV por amamentação: Medicamentos oferecidos pelo SUS para a profilaxia em criança exposta ao HIV por amamentação (lactente). O médico deverá informar a quantidade diária de cada ARV, prescrito à criança.</p> <p>26. Prescritor: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição e respectivo número do CRM. Inserir data no formato dd/mm/aaaa.</p> <p>27. Farmacêutico responsável: Assinatura e carimbo do farmacêutico responsável e respectivo número do CRF. Inserir data no formato dd/mm/aaaa.</p> <p>28. Recebido em: Assinatura do usuário acusando o recebimento do(s) medicamento(s) naquela dispensação. Inserir data de recebimento, no formato dd/mm/aaaa.</p>



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 12/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024	Próxima revisão: 08/07/2026
		Versão: 04	

ANEXO 4: Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento – Criança

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento - Criança JAN2023

1. Categoria de usuário* HIV/AIDS - Criança Tratamento para crianças sem definição diagnóstica

2. CPF* _____ 3. CNS - Cartão Nacional de Saúde _____ 4. SINAN _____ 5. Prontuário _____

6. Nome Completo do Usuário - Civil* _____

7. Nome Social _____

8. Este formulário tem a validade de:* 150 dias 30 dias 60 dias 90 dias 120 dias 180 dias Sim Não

9. Início de tratamento?* _____ 10. Peso: 35 kg ou mais Menos de 35 kg

11. Paciente coinfectado? TB Hepatite B Hepatite C Sim Não

12. Manter TARV anterior: Sim Não

13 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)
 Falha virológica Resistência a inibidor de integrase Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV Adequação à faixa etária
 Falta de medicamento Coinfecção com tuberculose Outro - especifique: _____

14. ARV de uso restrito Autorizado pela câmara técnica Paciente em Protocolo de Pesquisa N° Protocolo: _____

15 - Situação Especial Paciente em Protocolo de Pesquisa N° Protocolo: _____

16 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL* < 50 50 - 1000 > 1000

17 - Exame realizado na rede.* Pública Privada

18. Contagem de linfócitos T CD4+ (Obrigatório para crianças de 6 anos) Data do exame: ___/___/___ - Valor em %: _____ - Valor absoluto: _____

19. Exame realizado na rede Pública Privada

20. Contraindicação ao esquema preferencial, justificativa: _____

21 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada:
 Uso de rifampicina uso de carbamazepina uso de fenitoína
 uso de fenobarbital Etravirina sem IP

22 - Origem do acompanhamento médico:* Público Privado

23. Esquema preferencial conforme faixa etária

Idade	Zidovudina (AZT)	Lamivudina (3TC)	Raltegravir (RAL)
14 dias a 1 mês	Zidovudina (AZT) ml. de sol. Oral 10mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) ml. de sol. Oral 10mg/mL/dia	Raltegravir (RAL) Sachês/dia (granulado)
2 meses	Zidovudina (AZT) ml. de sol. Oral 10mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) ml. de sol. Oral 10mg/mL/dia	Dolutegravir (DTG) comp. Dispersível de 5mg/dia - Acima de 3 kg
3 meses a 2 anos	Abacavir (ABC) ml. de sol. Oral 20mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) ml. de sol. Oral 10mg/mL/dia	Dolutegravir (DTG) comp. Dispersível de 5mg/dia
2 a 6 anos	Abacavir (ABC) ml. de sol. Oral 20mg/mL/dia	Lamivudina (3TC) ml. de sol. Oral 10mg/mL/dia	Dolutegravir (DTG) comp. Dispersível de 5mg/dia
6 a 12 anos	Tenofovir (TDF) comp. de 300mg/dia - Acima de 35kg	Lamivudina (3TC) comp. de 150mg/dia	Dolutegravir (DTG) comp. de 50mg/dia - Acima de 20 kg

24. Dosagem diária prescrita por ARV

Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz(TLE)	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
Tenofovir + Lamivudina (TL)	comp. de 300mg + 300mg/dia		
Zidovudina + Lamivudina (AZL)	comp. de 300mg + 150mg/dia		
Abacavir(ABC)	comp. de 300mg/dia		ml. de sol. Oral 20mg/mL/dia
Atazanavir (ATV)	caps. de 300mg/dia		
Darunavir (DRV)	comp. de 75mg/dia	comp. de 150mg/dia	comp. de 600mg/dia
Dolutegravir(DTG)	comp. de 50mg/dia	comp. dispersível de 5mg/dia	
Efavirenz(EFZ)	comp. de 200mg/dia	comp. de 600mg/dia	ml. de sol. Oral 30mg/mL/dia
Enfurvitida(T20)	frasco-amp. de 90mg/mL/dia		
Etravirina(ETR)	comp. de 100mg/dia		
Lamivudina(3TC)	comp. de 150mg/dia		ml. de sol. Oral 10mg/mL/dia
Lopinavir+Ritonavir(LPV)	comp. de 100+25mg/dia		
Maraviroque(MVQ)	comp. de 150mg/dia		
Nevirapina(NVP)	comp. de 200mg/dia		ml. de susp. oral 10mg/mL/dia
Raltegravir(RAL)	comp. de 100mg/dia	comp. de 400mg/dia	Sachês/dia (granulado)
Ritonavir(RTV)	comp. de 100mg/dia	envelope/dia	
Tenofovir(TDF)	comp. de 300mg/dia		
Tipranavir(TPV)	caps. de 250mg/dia		
Zidovudina(AZT)	caps. de 100mg/dia	ml. de sol. injetável 10mg/mL/dia	ml. de sol. Oral 10mg/mL/dia

25 - Prescritor
 CRM: _____
 Data: ___/___/___ RMS: _____
(Carimbo e assinatura)

26. Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)

1ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	4ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
2ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
3ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	6ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para ___ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDIS.014- Página 13/13	
Título do Documento	DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	Emissão: 08/07/2024 Versão: 04	Próxima revisão: 08/07/2026

ORIENTAÇÕES GERAIS																																							
<ul style="list-style-type: none"> Os campos com * são de preenchimento obrigatório. As alternativas com ícone <input type="radio"/> indicam que uma única resposta é possível. As alternativas com ícone <input type="checkbox"/> indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha) 	Jan/2023																																						
DETALHAMENTO DOS CAMPOS																																							
<p>1. Categoria de Usuário:</p> <ul style="list-style-type: none"> HIV/aids criança: indivíduos com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV e com idade inferior a 13 anos de idade (< 13 anos) Tratamento para crianças sem definição diagnóstica: crianças com CV-HIV abaixo de 5000 cópias/mL e aguardando definição diagnóstica com DNA próvira <p>2. CPF: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena. Caso o(a) usuário(a), por motivo de roubo ou outro, esteja sem documentação, informar provisoriamente como Pessoa em situação de rua e colocar nas observações para correções posteriores.</p> <p>3. CNS - Cartão Nacional de Saúde: Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a). Caso o(a) usuário(a) SUS seja cadastrado no SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, o número do cartão do SUS virá preenchido automaticamente.</p> <p>4. SINAN: Informar o número de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).</p> <p>5. Número de Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>6. Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil: Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).</p> <p>7. Nome social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que diverja do nome de registro.</p> <p>8. Este formulário tem a 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.</p> <p>9. Início de tratamento: Informar se o usuário está em início de tratamento ou não.</p> <p>10. Peso do paciente: Informar peso corpóreo em quilogramas.</p> <p>11. Paciente coinfectado: Se o paciente é coinfectado TB, Hepatite B ou Hepatite C.</p> <p>12. Manter esquema ARV anterior: Quando alterada a TARV deverá ser preenchido por qual motivo ocorreu a mudança de terapia.</p> <p>13. Motivo para mudança de tratamento antirretroviral: Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha virológica, Falta de Medicamento, Resistência a Inibidor de Integrase, Coinfecção com tuberculose, Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).</p> <p>14. ARV de uso restrito: Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica) ou federal (MS).</p> <p>15. Situação Especial: Situação em que o paciente está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.</p> <p>16. 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.</p> <p>17. Exame realizado na rede: Se o exame de carga viral foi realizado na rede pública ou privada.</p> <p>18. Contagem de linfócitos T CD4+: Em crianças com idade abaixo de 6 anos informar, também, valor percentual. Informar data do exame e o local onde foi realizado, se na rede pública ou privada.</p> <p>19. Exame realizado na rede: Se o exame de contagem de linfócitos T CD4+ foi realizado na rede pública ou privada.</p> <p>20. Contraindicação ao esquema preferencial: Em casos de contraindicação ao esquema preferencial conforme faixa etária, informar o motivo da contraindicação.</p> <p>21. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: Marcar a opção a qual o usuário do SUS utiliza para justificar a contraindicação ao Dolutegravir.</p> <p>22. Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.</p> <p>23. Esquema preferencial conforme faixa etária: Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS para o esquema preferencial conforme faixa etária. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Faixa etária</th> <th colspan="4">TARV para crianças e adolescentes</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Preferencial</th> <th colspan="2">Alternativo</th> </tr> <tr> <th>ITRN</th> <th>3º ARV</th> <th>ITRN</th> <th>3º ARV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14 dias a 1 meses</td> <td>AZT + 3TC</td> <td>RAL</td> <td>AZT + 3TC</td> <td>LPV/r</td> </tr> <tr> <td>2 meses</td> <td>AZT + 3TC</td> <td>DTG</td> <td>AZT + 3TC</td> <td>LPV/r</td> </tr> <tr> <td>3 meses a 2 anos</td> <td>ABC^(a) + 3TC</td> <td>DTG</td> <td>AZT + 3TC</td> <td>LPV/r</td> </tr> <tr> <td>2 a 6 anos</td> <td>ABC^(a) + 3TC</td> <td>DTG</td> <td>AZT + 3TC ou TDF^(b) + 3TC</td> <td>LPV/r</td> </tr> <tr> <td>6 a 12 anos</td> <td>TDF^(a) + 3TC</td> <td>DTG</td> <td>AZT + 3TC ou ABC^(a) + 3TC</td> <td>DRV + RTV ou EFV^(c)</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>(a). O abacavir (ABC) deve ser iniciado após o resultado de HLA*B5701. A indisponibilidade do exame não deve postergar o início de TARV, devendo ser realizado com esquemas alternativos. (b). Crianças com peso a partir de 35kg. (c). Os ITRN, efavirenz (EFZ) e nevirapina (NVP), são opções alternativas para crianças vivendo com HIV. Estes, devem ser utilizados apenas quando há genotipagem que confirme sensibilidade a estes medicamentos.</small></p> <p>24. Dosagem diária prescrita por 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 12.</p> <p>25. Prescritor: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição, e respectivo número de CRM ou RMS.</p> <p>26. Recibo: 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.</p>		Faixa etária	TARV para crianças e adolescentes				Preferencial		Alternativo		ITRN	3º ARV	ITRN	3º ARV	14 dias a 1 meses	AZT + 3TC	RAL	AZT + 3TC	LPV/r	2 meses	AZT + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r	3 meses a 2 anos	ABC ^(a) + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r	2 a 6 anos	ABC ^(a) + 3TC	DTG	AZT + 3TC ou TDF ^(b) + 3TC	LPV/r	6 a 12 anos	TDF ^(a) + 3TC	DTG	AZT + 3TC ou ABC ^(a) + 3TC	DRV + RTV ou EFV ^(c)
Faixa etária	TARV para crianças e adolescentes																																						
	Preferencial		Alternativo																																				
	ITRN	3º ARV	ITRN	3º ARV																																			
14 dias a 1 meses	AZT + 3TC	RAL	AZT + 3TC	LPV/r																																			
2 meses	AZT + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r																																			
3 meses a 2 anos	ABC ^(a) + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r																																			
2 a 6 anos	ABC ^(a) + 3TC	DTG	AZT + 3TC ou TDF ^(b) + 3TC	LPV/r																																			
6 a 12 anos	TDF ^(a) + 3TC	DTG	AZT + 3TC ou ABC ^(a) + 3TC	DRV + RTV ou EFV ^(c)																																			