

POP

HUAB-UFRN/EBSERH

Dispensação de medicamentos antirretrovirais (Tratamento)

Versão: 2 | 2025

1. OBJETIVO

Garantir que os medicamentos antirretrovirais indicados para o tratamento da infecção pelo HIV sejam dispensados conforme prescrição médica e condições de uso para o paciente, em conformidade com as normas, regras e diretrizes técnicas do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, vinculado ao Ministério da Saúde.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Receber o Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto (Apêndice A) ou o Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento - Criança (Apêndice B) preenchido, datado e assinado pelo prescritor, farmacêutico responsável pela dispensação e pelo usuário ou seu responsável;
2. Receber o Formulário de Cadastro de Usuário SUS preenchido, datado e assinado pelo responsável pelo preenchimento e pelo usuário SUS, caso o usuário ainda não tenha realizado o cadastramento anteriormente (Apêndice C);
3. Realizar a avaliação farmacêutica da prescrição médica no AGHUX;
4. Triar, dispensar e conferir a dose a ser utilizada pelo(a) paciente, inclusive conforme o preenchimento do esquema preferencial para tratamentos em gestantes e posologias presentes no Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto (Apêndice A);
5. Entregar os medicamentos e solicitar a assinatura no comprovante de entrega;
6. Arquivar o Formulário de Solicitação de Medicamentos – Tratamento com o Formulário de Cadastro de Usuário SUS, caso este seja necessário, na pasta identificada a esta finalidade.

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo 1: Tratamento, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes: Módulo 1: Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2022.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	02/08/2024	Versão inicial.
2	12/07/2025	Atualização do layout. Excluídas as descrições dos procedimentos de outras unidades assistenciais.

5. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Caio Cid de Freitas Nunes – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 12/07/2025
Análise Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 12/07/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 05/08/2025
Aprovação Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 05/08/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

APÊNDICE A – Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto					MARÇO/2024
1 - Categoria de usuário <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adolescente <input type="radio"/> HIV/AIDS - Gestante IG: ____ Semanas Dt desfecho da gestação: ____/____/____					
2 - Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> Internação Hospitalar					
3 - Origem do acompanhamento médico:* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado 4 - CPF* _____					
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*					
6 - Nome Social					
7 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL <input type="radio"/> <50 <input type="radio"/> 50 - 199 <input type="radio"/> 200 - 499 <input type="radio"/> 500 - 1000 <input type="radio"/> >1000			Data do exame ____/____/____	8 - Exame realizado na rede: <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada	
9 - Início de tratamento?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		10 - Manter TARV anterior? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		11 - Paciente coinfectado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C	
12 - Motivo para mudança na terapia antirretroviral (TARV) <input type="radio"/> Falha virológica <input type="radio"/> Resistência a inibidor da integrase <input type="radio"/> Reação(ões) adversa(s) a(o)s ARV _____ <input type="radio"/> Falta de medicamento <input type="radio"/> Coinfecção HIV-TB <input type="radio"/> Terapia dupla - Falha prévia <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Gestação <input type="radio"/> Reintrodução após interrupção de tratamento <input type="radio"/> Outro – especificar: _____					
13 - Contraindicação ao uso de esquema com Dolutegravir: <input type="radio"/> Toxicidade					
14. Contraindicação à dose fixa combinada com TDF e/ou necessidade de ajuste da dose do 3TC devido à: <input type="radio"/> Alteração na função renal <input type="radio"/> Osteopenia/osteoporose					
15 - Indicação de DRV/r 600/100 mg: <input type="radio"/> Gestante <input type="radio"/> Apresenta mutação ao DRV <input type="radio"/> Falha prévia com IP sem RTV					
16 - Indicação de TAF (Coinfecção HIV-HBV): <input type="radio"/> Alteração na função renal <input type="radio"/> Osteopenia/osteoporose					
17 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Fenitoína <input type="checkbox"/> Etravirina sem Inibidor da Protease <input type="checkbox"/> Oxibazepina <input type="checkbox"/> Carbamazepina <input type="checkbox"/> Fenobarbital <input type="checkbox"/> Resistência a Inibidor da Integrase					18 - ARV de uso restrito <input type="radio"/> Autorizado pela Câmara Técnica
19 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)					
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto) <input type="radio"/> 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	Uso exclusivo para paciente coinfectado 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	envelope/dia		
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia			
DFC – Dolutegravir/ Lamivudina					
DFC "3 em 1" - Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz					
comp. de 50mg + 300mg/dia					
comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia					
Medicamentos de uso restrito					
Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia	Etravirina - ETR	comp. de 200mg/dia	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia
20 - Prescritor UF: ____ CRM: _____ Data: ____/____/____ RMS: _____ [Carimbo e assinatura]					
21 - Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM) Este formulário tem a validade de 180 dias					
1ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias (Assinatura do usuário)			4ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias (Assinatura do usuário)		
2ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias (Assinatura do usuário)			5ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ dias (Assinatura do usuário)		
3ª 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																	
<ul style="list-style-type: none"> ● 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) 																	
MARÇO/2024																	
DESCRIÇÃO DOS CAMPOS																	
<p>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.</p> <p>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).</p> <p>03. Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS. (preenchimento obrigatório).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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 possuírem nome social divergente do nome de registro.</p> <p>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.</p> <p>08. Exame realizado na rede: Se o exame de carga viral foi realizado na rede pública ou privada.</p> <p>09. Início de tratamento? Situação em que o Usuário SUS iniciará tratamento antirretroviral(ARV) no referido mês. (preenchimento obrigatório).</p> <p>10. Manter esquema ARV anterior: Caso seja marcada a opção sim, os campos de 12 ao 19 não precisarão ser preenchidos.</p> <p>11. Paciente Coinfectado: Informar se a PVHA apresenta coinfeção HIV com TB, Hepatite B ou Hepatite C.</p>																	
Durante o uso de rifampicina para tratamento da tuberculose	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Recomendação de esquema e dose de Dolutegravir na coinfeção TB-HIV</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Tratamento Preferencial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: x-small;">TDF+3TC (300mg/300mg) - 01 cp ao dia</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">DTG (50mg) – 01 cp de 12/12h</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: x-small;">Manter a dosagem de DTG 12/12h até 15 dias após a conclusão do tratamento tuberculostático.</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Tratamento Alternativo</th> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">TDF + 3TC+EFV (300/300/600mg) -01cp ao dia</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: x-small;">Coletar exame de genotipagem e iniciar o esquema imediatamente após a coleta.</td> </tr> </tbody> </table>	Recomendação de esquema e dose de Dolutegravir na coinfeção TB-HIV		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.	
Recomendação de esquema e dose de Dolutegravir na coinfeção TB-HIV																	
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.																	
<p>12. Motivo para mudança no tratamento antirretroviral: 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).</p> <p>13. Contraindicação ao uso de esquema com Dolutegravir: Marcar a opção que contraindica Dolutegravir 50 mg/dia..</p>																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Situação</th> <th style="width: 50%;">Esquema antirretroviral</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Esquema preferencial</td> <td style="text-align: center;">TDF/3TC + DTG</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Intolerância ou contraindicação a DTG 50 mg/dia</td> <td style="text-align: center;">Substituir DTG por DRV/r ou EFV</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Intolerância ou contraindicação a TDF</td> <td style="text-align: center;">Substituir TDF por ABC (em caso de teste HLA-B*5701 negativo) ou por AZT</td> </tr> </tbody> </table>		Situação	Esquema antirretroviral	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								
Situação	Esquema antirretroviral																
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																
<p>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.</p> <p>15. Indicação de DRV/r 600mg + 100mg (12/12 horas): Apenas para pessoas com mutações que confirmam resistência para o Darunavir: 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.</p> <p>16. Indicação de TAF: marcar esse campo se PVHA com coinfeção HIV-HBV e contraindicação ao TDF.</p> <p>17. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: Marcar a opção que justifica a dose dobrada do Dolutegravir.</p> <p>18. ARV de uso restrito: marcar caso o esquema tenha sido aprovado pela câmara técnica.</p> <p>19. Medicamentos ARV: Lista dos ARV oferecidos pelo SUS. O prescriptor deverá assinalar um "x" no esquema preferencial ou para os demais ARV, informar a quantidade prescrita ao Usuário.</p> <p>20. Prescritor: Assinatura, data e CRM ou RMS do médico responsável. Para assinatura digital ver anexo 1 do Ofício Circular nº 13/20/CGAHV/DCCI/SVS/MS.</p> <p>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.</p>																	
ESTE FORMULÁRIO TEM A VALIDADE DE 180 DIAS																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Esquemas ou ARV com necessidade de aprovação por CT:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: x-small;">Medicamentos de uso restrito</td> <td style="font-size: x-small;">ARV para esquemas de 3ª linha</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Início de tratamento com esquemas que não incluam 2 ITRN</td> <td style="font-size: x-small;">DRV/r 600mg + 100mg para adultos, não gestantes e sem presença de mutações para o Darunavir</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Esquema com DRV/r + DTG para pessoas com carga viral suprimida</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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 incluam 2 ITRN	DRV/r 600mg + 100mg para adultos, não gestantes e sem presença de mutações para o Darunavir	Esquema com DRV/r + DTG para pessoas com carga viral suprimida									
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 incluam 2 ITRN	DRV/r 600mg + 100mg para adultos, não gestantes e sem presença de mutações para o Darunavir																
Esquema com DRV/r + DTG para pessoas com carga viral suprimida																	

APÊNDICE B – Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento - Criança

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento - Criança		JULHO/2024	
1. Categoria de usuário* <input type="radio"/> HIV/AIDS - Criança <input type="radio"/> 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. Data de nascimento:	9. Este formulário tem a validade de:* <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 180 dias	10. Início de tratamento?*	
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		11. Peso: <input type="radio"/> 35 kg ou mais <input type="radio"/> Menos de 35 kg	
		12. Paciente coinfectado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C	
		13. Manter TARV anterior: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
14 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="radio"/> Falha virológica <input type="radio"/> Resistência a inibidor de integrase <input type="radio"/> Falta de medicamento <input type="radio"/> Coinfecção com tuberculose			
<input type="radio"/> Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV <input type="radio"/> Adequação à faixa etária <input type="radio"/> Outro – especificar: _____			
15. ARV de uso restrito <input type="radio"/> Autorizado pela câmara técnica	16 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL <input type="radio"/> <50 <input type="radio"/> 50 - 199 <input type="radio"/> 200 - 499 <input type="radio"/> 500 - 1000 <input type="radio"/> >1000	Data do exame _/_/____	
		17 - Exame realizado na rede: <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada	
18. Teste de HLA-B*5701 <input type="radio"/> Presença do alelo HLA-B*5701 <input type="radio"/> Ausência do alelo HLA-B*5701			
19. Contraindicação ao esquema preferencial, justificativa:			
20 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Fenitoína <input type="checkbox"/> Etravirina sem Inibidor da Protease <input type="checkbox"/> Oxycarbazepina <input type="checkbox"/> Carbamazepina <input type="checkbox"/> Fenobarbital <input type="checkbox"/> Resistência a Inibidor da Integrase			
21 - Origem do acompanhamento médico:*			
<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado			
22. Esquema preferencial conforme faixa etária			
Idade	Terapia Antirretroviral		
Até 28 dias	Zidovudina (AZT) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Lamivudina (3TC) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Raltegravir (RAL) <small>Sachês/dia (granulado)</small>
>= 28 dias a 3 meses	Zidovudina (AZT) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Lamivudina (3TC) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Dolutegravir (DTG) <small>comp. Dispensível de 5mg/dia - Acima de 3 kg</small>
>= 3 meses a 6 anos*	Abacavir (ABC) <small>mL de sol. Oral 20mg/mL/dia</small>	Lamivudina (3TC) <small>mL de sol. Oral 10mg/mL/dia</small>	Dolutegravir (DTG) <small>comp. Dispensível de 5mg/dia</small>
>= 6 anos a 12 anos	Tenofovir (TDF) <small>comp. de 300mg/dia - Acima de 35kg</small>	Lamivudina (3TC) <small>comp. de 150mg/dia</small>	Dolutegravir (DTG) <small>comp. de 50mg/dia - Acima de 20 kg</small>
<small>*Abacavir a partir do 3º mês de vida e com ausência do alelo HLA-B*5701</small>			
23. 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. dispensível 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)			mL de sol. Oral 80 +20 mg/mL/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		
Tenofovir(TDF)	comp. de 300mg/dia		
Zidovudina(AZT)	caps. de 100mg/dia	mL de sol. injetável 10mg/mL/dia	mL de sol. Oral 10mg/mL/dia
24 - Prescritor			
Data: _/~/____		CRM: _____	
		RMS: _____	(Carimbo e assinatura)
25. Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)			
1ª dispensação Data: _/~/____ Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)	4ª dispensação Data: _/~/____ Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)		
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 usuário)	6ª dispensação Data: _/~/____ Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)		

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) 	JULHO/2024																																											
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 próviral <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 divirja 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 coinfecado: Se o paciente é coinfecado 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(o)s 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. Teste de HLA-B*5701:</p> <p>19. Contraindicação ao esquema preferencial: Em casos de contraíndicação ao esquema preferencial conforme faixa etária, informar o motivo da contraíndicação.</p> <p>20. Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: Marcar a opção a qual o usuário do SUS utiliza para justificar a contraíndicação ao Dolutegravir.</p> <p>21. Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.</p> <p>22. 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%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="3" style="text-align: center;">Faixa etária</th> <th colspan="4" style="text-align: center;">TARV para crianças e adolescentes</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Preferencial</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Alternativo</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">ITRN</th> <th style="text-align: center;">3º ARV</th> <th style="text-align: center;">ITRN</th> <th style="text-align: center;">3º ARV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0 a 1 mês</td> <td style="text-align: center;">AZT + 3TC</td> <td style="text-align: center;">RAL</td> <td style="text-align: center;">AZT + 3TC</td> <td style="text-align: center;">LPV/r (14 dias)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 a 3 meses</td> <td style="text-align: center;">AZT + 3TC</td> <td style="text-align: center;">DTG</td> <td style="text-align: center;">AZT + 3TC</td> <td style="text-align: center;">LPV/r</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 meses a 3 anos</td> <td style="text-align: center;">ABC + 3TC</td> <td style="text-align: center;">DTG</td> <td style="text-align: center;">AZT + 3TC</td> <td style="text-align: center;">LPV/r</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 a 6 anos</td> <td style="text-align: center;">ABC + 3TC</td> <td style="text-align: center;">DTG</td> <td style="text-align: center;">AZT + 3TC TDF + 3TC</td> <td style="text-align: center;">LPV/r DRV/r</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6 a 12 anos</td> <td style="text-align: center;">ABC + 3TC</td> <td style="text-align: center;">DTG</td> <td style="text-align: center;">AZT + 3TC TDF + 3TC</td> <td style="text-align: center;">DRV/r LPV/r</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">> 12 anos</td> <td style="text-align: center;">TDF + 3TC</td> <td style="text-align: center;">DTG</td> <td style="text-align: center;">ABC + 3TC AZT + 3TC</td> <td style="text-align: center;">DRV/r</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">(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 ITRNN, 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.</p> <p>23. 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>24. Prescritor: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição, e respectivo número de CRM ou RMS.</p> <p>25. 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	0 a 1 mês	AZT + 3TC	RAL	AZT + 3TC	LPV/r (14 dias)	1 a 3 meses	AZT + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r	3 meses a 3 anos	ABC + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r	3 a 6 anos	ABC + 3TC	DTG	AZT + 3TC TDF + 3TC	LPV/r DRV/r	6 a 12 anos	ABC + 3TC	DTG	AZT + 3TC TDF + 3TC	DRV/r LPV/r	> 12 anos	TDF + 3TC	DTG	ABC + 3TC AZT + 3TC	DRV/r
Faixa etária	TARV para crianças e adolescentes																																											
	Preferencial		Alternativo																																									
	ITRN	3º ARV	ITRN	3º ARV																																								
0 a 1 mês	AZT + 3TC	RAL	AZT + 3TC	LPV/r (14 dias)																																								
1 a 3 meses	AZT + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r																																								
3 meses a 3 anos	ABC + 3TC	DTG	AZT + 3TC	LPV/r																																								
3 a 6 anos	ABC + 3TC	DTG	AZT + 3TC TDF + 3TC	LPV/r DRV/r																																								
6 a 12 anos	ABC + 3TC	DTG	AZT + 3TC TDF + 3TC	DRV/r LPV/r																																								
> 12 anos	TDF + 3TC	DTG	ABC + 3TC AZT + 3TC	DRV/r																																								

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)
JAN2023
DETALHAMENTO DOS CAMPOS
<p>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.</p> <p>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>SINAN - Informar o número informado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.</p> <p>Número de Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>Identificação preferencial do(a) usuário(a): 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>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>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 divirja do nome de registro.</p> <p>Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável): Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação (preenchimento obrigatório).</p> <p>Data de Nascimento: Informar a data de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).</p> <p>Raça / Cor: Pedir ao(à) usuáric(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida. (Preenchimento obrigatório).</p> <p>Sexo atribuído ao nascimento: Marcar de acordo com documento de identificação do(a) usuário(a).</p> <p>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>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>Cidade de Nascimento (cidade/UF): Nome da cidade de nascimento e UF (preenchimento obrigatório).</p> <p>País de Nascimento: Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).</p> <p>Nacionalidade: Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).</p> <p>Situação do Estrangeiro: Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.</p> <p>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>Pessoa em situação de rua no momento: Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.</p> <p>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>Permite contato: O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não vier para buscar os medicamentos em determinado mês, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os profissionais da farmácia comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, a farmácia) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento.</p> <p>Tipo de contato: Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas.</p> <p>Campo Assinatura: A assinatura é obrigatória permitindo o contato ou não com o usuário.</p> <p>Endereço: Refere-se ao endereço de residência do usuário - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o usuário autorize contato.</p> <p>Bairro: Refere-se ao bairro de residência do(à) usuáric(a).</p> <p>CEP: Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do(a) usuáric(a).</p> <p>Cidade de Residência: Refere-se ao município, cidade de residência do(à) usuáric(a).</p> <p>E-mail: E-mail de contato do(à) usuáric(a).</p> <p>Tipo e Telefone (DDD + número): Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular. Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD. Poderão ser registrados mais de um número.</p> <p>Observação: Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, número de whatsapp, etc., ou demais informações que forem pertinentes.</p> <p>Acompanhamento Médico no momento: Para os(as) Usuário(as) SUS atendidos na rede pública, marque um "X" em pública, para aqueles(as) Usuário(as) SUS atendidos por médicos particulares, indique privada. (Preenchimento obrigatório).</p> <p>Pessoas autorizadas a Retirar o Medicamento: O(a) Usuário(a) SUS, no ato do seu cadastramento, poderá indicar pessoas autorizadas a retirar medicamentos em seu nome, quando for necessário (no máximo 3 nomes).</p> <p>Responsável pelo preenchimento: Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo de quem preencheu o formulário.</p> <p>Usuário SUS: Informar a data do atendimento com assinatura do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>Campo Assinatura: Assinatura do usuário.</p>



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.005790/2025-42

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento Dispensação de medicamentos antirretrovirais (Tratamento). POP.UFCD.027 - versão 2.

5. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Caio Cid de Freitas Nunes – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 12/07/2025
Análise Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 12/07/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 05/08/2025
Aprovação Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 05/08/2025



Documento assinado eletronicamente por **Caio Cid de Freitas Nunes, Farmacêutico(a)**, em 05/08/2025, às 20:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Diego Pereira Gabriel dos Santos, Chefe de Unidade**, em 06/08/2025, às 19:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 07/08/2025, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **51996543** e o código CRC **BB79510A**.