

Formulário de Solicitação de Medicamentos

1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)

2 - Nº de Prontuário

3 - Peso

() 60 kilos ou + () - de 60 kilos

4 - Número de dias para
dispensa de exposição

5 - Este formulário vale para:

☐ 1 dispensa ☐ 2 dispensas

6 -Categoria do Usuário

☐ Gestante HIV +

☐ Recém-nascido
de mãe HIV+

☐ Parturiente

☐ Aids – Adulto

☐ Aids – Criança

- Profilaxia Pós-exposição

☐ Ocupacional

☐ Violência Sexual

☐ Casais Sorodiscordantes

☐ Compartilhamento de seringa

☐ Exposição Sexual Ocasional

☐ Reprodução

☐ Outros

8 - Semanas
de gestação

9 - Genotipagem:

☐ Não ☐ Sim

10 - Início de Tratamento?

☐ Não ☐ Sim

12 - Data de Nascimento da
Parturiente/Mãe do RN/Exposto

13 - Data da exposição

7 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)

☐ Falha terapêutica clínica

☐ Falha terapêutica laboratorial

☐ Gestação (contra-indicação do
esquema ARV em uso)

☐ Coinfecção com tuberculose

☐ Reação(ões) adversa(s) a (os) ARV:
sigla(s) do(s) medicamento(s)

☐ Outro – especificar:

11 - Justificativa para dispensação de quantitativo para mais de 1 mês (no caso do
paciente se ausentar por mais de um mês) – 2 meses ou 3 meses

☐ 60 dias ☐ 90 dias

☐ Férias ☐ Ausentar-se a trabalho

☐ Outra – especificar

Obs: Conforme disponibilidade de estoque da farmácia.

14 - Realizou PPD: () SIM () NÃO Data da realização ____/____/____ Resultado: () < 5 mm () >= 5 mm

15 - Foi indicada QP: () SIM () NÃO Data da indicação ____/____/____

16 - Caso indicado QP com PPD < 5 mm: () Contato com paciente bacilífero () Presença de cicatriz radiológica

17 - Retirou o medicamento?

1ª Disp. 2ª Disp.

☐ Sim ☐ Sim

☐ Não ☐ Não

18 - Medicamentos (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Abacavir - ABC	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia	<input type="checkbox"/> mL de sol. oral 20mg/mL /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Amprenavir - APV	<input type="checkbox"/> mL de sol. oral 15mg/mL /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atazanavir - ATV	<input type="checkbox"/> caps. de 200mg /dia	<input type="checkbox"/> caps. de 300 mg /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Didanosina - ddi	<input type="checkbox"/> caps. de 250mg /dia	<input type="checkbox"/> caps. de 400mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral de 10mg/mL/dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Efavirenz - EFZ	<input type="checkbox"/> comp. de 600 mg /dia	<input type="checkbox"/> caps. de 200 mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 30 mg/mL /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfuvirtida - T-20	<input type="checkbox"/> frascos-amp. de 90 mg/mL/dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estavudina - d4T	<input type="checkbox"/> caps. de 30 mg /dia	<input type="checkbox"/> mL de sol. oral 1mg/mL /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Etravirina - ETR	<input type="checkbox"/> comp. de 100mg/dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fosamprenavir - FPV	<input type="checkbox"/> comp. de 700mg/dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Indinavir - IDV	<input type="checkbox"/> caps. de 400 mg /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lamivudina - 3TC	<input type="checkbox"/> comp. de 150mg /dia	<input type="checkbox"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lopinavir + ritonavir – LPV/r	<input type="checkbox"/> comp. de 200mg + 50 mg/dia	<input type="checkbox"/> Comp. de 100mg + 25mg/dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nevirapina - NVP	<input type="checkbox"/> comp. de 200mg /dia	<input type="checkbox"/> mL de suspensão oral 10mg/mL /dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Raltegravir - RAL	<input type="checkbox"/> comp. de 400 mg / dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ritonavir - RTV	<input type="checkbox"/> caps. de 100mg /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Saquinavir - SQV	<input type="checkbox"/> caps. mole de 200mg /dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tenofovir - TDF	<input type="checkbox"/> comp. de 300 mg / dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipranavir (TPV)	<input type="checkbox"/> caps. de 250mg / dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zidovudina+Lamivudina – AZT + 3TC	<input type="checkbox"/> comp. de 300mg +150mg / dia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zidovudina - AZT	<input type="checkbox"/> caps. de 100mg / dia	<input type="checkbox"/> Solução injetável 10 mg/mL/dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 10mg/mL /dia

Para uso da farmácia

19 - Médico

Data ____/____/____ CRM : _____

(carimbo e assinatura)

20 - Farmacêutico responsável

Data ____/____/____ CRF : _____

(carimbo e assinatura)

20 - Farmacêutico responsável

Data ____/____/____ CRF : _____

(carimbo e assinatura)

21 - 1ª dispensa - Recebi em ____/____/____

(assinatura do usuário)

21 - 2ª dispensa - Recebi em ____/____/____

(assinatura do usuário)

Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da
Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U
de 19 de maio de 1998.

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviadada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".

Versão março-2011

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

01 - Nome Completo do Usuário: Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.

02 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS.

03 - Peso: Peso do usuário SUS.

04 - Número de dias para dispensa de exposição: Para todas as exposições é obrigatório o preenchimento da quantidade de dias de tratamento.

05 - Este formulário vale: Para 1 dispensa ou para 2 dispensas. O formulário poderá valer para duas dispensas em meses subsequentes.

06 - Categoria de Dispensa: GESTANTE HIV+; RN DE MÃE HIV+; PARTURIENTE; Aids ADULTO E CRIANÇA; EXPOSIÇÃO(OCUPACIONAL, VIOLÊNCIA SEXUAL, CASAS SORODISCORDANTES, COMPARTILHAMENTO DE SERINGA, EXPOSIÇÃO SEXUAL EVENTUAL, FINS REPRODUTIVOS E OUTROS).

07 - Motivo para mudança no tratamento anti-retroviral: Toda mudança de tratamento deverá possuir uma justificativa. Poderá ser: Falha terapêutica clínica, Falha terapêutica Laboratorial, Gestação, Co-infecção com tuberculose, Reações adversas e Outros.

08 - Semanas de Gestação: Registrar o tempo de gestação (em semanas) referido pela mulher.

09 - Genotipagem: Se o esquema do usuário SUS for orientado por genotipagem deverá ser marcado para liberar as críticas do consenso.

10 - Início de terapia? Corresponde ao Usuário SUS Adulto com Aids/criança e Gestantes HIV+ que iniciaram tratamento ARV no referido mês. Neste caso não considerar parturientes e exposições como início de tratamento, visto não terem sua soropositividade confirmada e não serem considerados usuários cadastrados no sistema.

11 - Justificativa para dispensação de quantitativo para mais de 1 mês: Informar se a dispensa será para 30, 60 ou 90 dias., deverá ter uma justificativa. As opções são: Férias, Ausentar-se a trabalho e Outra. Poderá ser dispensada ou não conforme disponibilidade de estoque da farmácia.

12 - Data de Nascimento: Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do RN e do exposto(todos os tipos de exposição deverá ser informada a data de nascimento).

13 - Data da exposição: Para todos tipos de exposição deverá ser informada a data da ocorrência

14 - Realizou PPD:

15 - Foi indicada QP:

16 - Caso indicado QP com PPD < 5 mm:

17 - Retirou o medicamento: O responsável pela dispensação deverá informar se o Usuário SUS retirou o medicamento. O preenchimento desse campo é importante para a construção do Mapa Mensal e o do Boletim Mensal para Avaliação do uso do medicamento.

18 - Medicamentos: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O Médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário.

19 - Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

20 - Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa. No caso do formulário ser válido para duas dispensas o farmacêutico responsável pela dispensa deverá assinar em cada dispensa.

21 - Dispensa: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa. No caso do formulário ser válido para duas dispensas, o usuário deverá assinar duas vezes o formulário, sendo uma em cada dispensa.