

1 - Categoria de usuário HIV/AIDS - Adulto HIV/AIDS - Adolescente HIV/AIDS - Gestante IG: _____ Semanas Dt desfecho da gestação: ____/____/____

2 - Serviço de atendimento* Serviço Especializado CTA 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:

<50 50 - 199 200 - 499 500 - 1000 >1000 ____/____/____ Pública Privada

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(os) 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 Dolutedgravir: 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 Dolutedgravir dose dobrada:
 Rifampicina Fenitoína Etravirina sem Inibidor da Protease Oxicarbazepina
 Carbamazepina Fenobarbital Resistência a Inibidor da Integrase

18 - ARV de uso restrito
 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) Tenofovir 300mg (TDF) / Lamivudina 300mg (3TC) "2 em 1" + Dolutedgravir 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 coinfestado HIV/HBV | |
| | Zidovudina - AZT | caps. de 100mg/dia | solução injetável 10 mg/mL/dia |

| | | | |
|--|------------------|--------------------|--|
| Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN) | Efavirenz - EFV | comp. de 600mg/dia | |
| | Nevirapina - NVP | comp. de 200mg/dia | |

| | | | |
|-----------------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| Inibidores da Protease (IP) | Darunavir - DRV | comp. de 800mg/dia | comp. de 600mg/dia |
| | Atazanavir - ATV | caps. de 300mg/dia | |
| | Ritonavir - RTV | comp. de 100mg/dia | envelope/dia |

| | | | |
|-------------------------------|---------------------|--------------------|--|
| Inibidores da integrase (INI) | Dolutedgravir - DTG | comp. de 50mg/dia | |
| | Raltegravir - RAL | comp. de 400mg/dia | |

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------|--|--|
| DFC – Dolutedgravir/ Lamivudina | comp. de 50mg + 300mg/dia | | |
|---------------------------------|---------------------------|--|--|

| | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| DFC "3 em 1" - Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz | 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: ____/____/____ Dispensação para ____ dias | (Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____ | 4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias | (Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____ |
| 2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias | (Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____ | 5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias | (Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____ |
| 3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias | (Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____ | 6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias | (Assinatura do farmacêutico) _____ (Assinatura do usuário) _____ |

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)

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

| 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 |

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 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.
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/CGAHV/DCCI/SVS/MS.
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 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 | |