

5

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

1 - Nome do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)		2 - Categoria do Usuário <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Criança <input type="checkbox"/> Gestante HIV+	
3 - Este formulário tem a validade de: <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> 120 dias <input type="checkbox"/> 150 dias <input type="checkbox"/> 180 dias		4 - CPF _____	
5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml <input type="checkbox"/> < 50 <input type="checkbox"/> 50 - 1000 <input type="checkbox"/> > 1000 - Data do Exame ____/____/____		Realizado na: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada	
6 - Nº do Prontuário _____		7 - Manter esquema ARV anterior: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa: _____			
9 - Contraindicação de dose fixa combinada 2 em 1 e 3 em 1 por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Contraindicação ao ATZ? <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Interação Medicamentosa Última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ____ mL/min, na data ____/____/____			
10 - Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se SIM, é um usuário coinfetado com tuberculose? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
11 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Coinfecção com tuberculose <input type="checkbox"/> Outro - especificar: _____ <input type="checkbox"/> Falta de medicamento <input type="checkbox"/> Resistência ao Raltegravir <input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s) a(oi)s ARV: _____ <input type="checkbox"/> Gestação _____		12 - ARV de Uso Restrito <input type="checkbox"/> Autorizado por câmara técnica <input type="checkbox"/> Autorizado pelo MS	
13 - Situação Especial <input type="checkbox"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa - Nº Protocolo _____			
14 - Medicamentos ARV (Preencher no quadriculo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)			
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulta)		<input type="checkbox"/> Tenofovir ^{300mg} (TDF) / Lamivudina ^{300mg} (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir 50mg (DTG)	
ANTIRRETROVIRAL			
DFC "3 em 1"			
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz		comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia	
Tenofovir + Lamivudina		comp. de 300mg + 300mg/dia	
Zidovudina + Lamivudina		comp. de 300mg + 150mg/dia	
Abacavir + ABC		comp. de 300mg/dia	
Didanosina - ddi		mL de sol. oral 20mg/mL/dia	
Estavudina - d4T		mL de pó p/ sol. oral 4g/dia	
Lamivudina - 3TC		mL de pó p/ sol. oral 1mg/mL/dia	
Tenofovir - TDF		mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
Zidovudina - AZT		comp. de 150mg/dia	
Efavirenz - EFZ		comp. de 300mg/dia	
Nevirapina - NVP		comp. de 200mg/dia	
Atazanavir - ATV		caps. de 300mg/dia	
Darunavir - DRV		caps. de 200mg/dia	
Fosamprenavir - FPV		comp. de 600mg/dia	
Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 200mg + 50mg/dia	
Ritonavir - RTV		comp. de 100mg + 25mg/dia	
Dolutegravir - DTG		comp. de 50mg/dia	
Raltegravir - RAL		comp. de 400mg/dia	
Darunavir - DRV		comp. de 600mg/dia	
Dolutegravir - DTG		comp. de 150mg/dia	
Enfuvirtida - T-20		comp. de 75mg/dia	
Etravirina - ETR		frasco-amp. de 90mg/mL/dia	
Maraviroque - MVQ		comp. de 100mg/dia	
Tipranavir - TPV		comp. de 150mg/dia	
		mL de sol. oral 100mg/mL/dia	
15 - Médico _____			
Data: ____/____/____ CRM: _____ (Carimbo e assinatura)			
16 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)			
1ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias		4ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias	
2ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias		5ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias	
3ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias		6ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias	