



Protocolo para Dispensação de Antirretrovirais:

Os medicamentos antirretrovirais fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e são indicados para o tratamento das doenças abaixo:

- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
- Hepatites Virais

O fluxo de dispensação para **medicamentos relacionados à AIDS** é determinado pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e, portanto, pode ser consultado através do site: <http://azt.aids.gov.br/>.

Já o fluxo para dispensação de **medicamentos relacionados às Hepatites Virais** pode ser encontrado no site da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/> > Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica > Consulta por protocolo clínico e diretriz terapêutica > Hepatite.

1. Para a retirada de medicamentos destinados ao tratamento de AIDS pela primeira vez, o fluxo de dispensação deve ser seguido conforme abaixo:

- Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia			
1 - Nome Social do usuário			
2 - Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)			
3 - CPF	4 - Data de Nascimento	5 - Orgão genital de nascimento ☐ Vagina ☐ Pênis ☐ Vagina e Pênis	
7 - Identidade de Gênero ☐ Homem ☐ Mulher ☐ Mulher Transsexual ☐ Travesti/Mulher Travesti ☐ Homem Transsexual	8 - Circunstância de exposição ☐ Acidente com material biológico ☐ Exposição Sexual Consensual ☐ Violência Sexual Transmissão Vertical: ☐ Parturiendo ☐ RN de mãe infectada pelo HIV	9 - Pessoa-fonte multixperimentada ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido	6 - Orientação Sexual ☐ Heterossexual ☐ Homossexual/Gay/Lésbica ☐ Bissexual
10 - Gestante ☐ SIM ☐ NÃO		11 - Contraindicação ao esquema preferencial: ☐ SIM ☐ NÃO	
12 - Uso de álcool e outros drogas nos últimos 3 meses: ☐ Sim ☐ Não	13 - Nos últimos 6 meses, você escolheu dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? ☐ Sim ☐ Não		14 - Data de exposição
15 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais		☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/150mg + Dolutegravir (DTG) 50mg (1 comp. cotomulado/dia)	
16 - Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes		☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/150mg + Raltegravir (RAL) 400mg (1 comp. cotomulado/dia)	
17 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. Preencher a no item 13		☐ 0 - 14 dias - Zidovudina (AZT) 250mg/150mg + Lamivudina (3TC) 150mg + Nevirapina (NVP) 200mg ☐ 14 dias - 2 anos - Zidovudina (AZT) 250mg/150mg + Lamivudina (3TC) 150mg + Lopinavir (LPV) 400mg/200mg ☐ 2 anos - 12 anos - Zidovudina (AZT) 250mg/150mg + Lamivudina (3TC) 150mg + Raltegravir (RAL) 400mg	
18 - Medicamentos ARV (Preencher no quadro a QUANTIDADE de comprimidos/ml que deve ser usada diariamente)			
ANTIRRETROVIRAL	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)		
	Tenofovir / Lamivudina	comp. de 300mg/150mg/dia	
	Zidovudina / Lamivudina	comp. de 300mg/150mg/dia	
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia	ml. de sol. oral 10mg/ml/dia
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia	
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	Solução injetável 10 mg/ml/dia ml. de Xarope 10mg/ml/dia
	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)		
	Nevirapina - NVP	ml. de suspensão oral 10mg/ml/dia	
	Inibidores de Protease (IP)		
	Abacavir - ABC	caps. de 300mg/dia	caps. de 300mg/dia
	Darunavir - DRV	comp. de 150mg/dia	comp. de 75mg/dia comp. de 600mg/dia
	Lopinavir / Ritonavir - LPV/r	comp. de 100mg/25mg/dia	ml. de sol. oral 10mg/ml/25mg/ml/dia
	Ritonavir - RTV	comp. de 600mg/dia	ml. de sol. oral 10mg/ml/dia
	Inibidores da Integrase (INI)		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 80mg/dia
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia	
	ARV de Uso Restrito		
	Darunavir - DRV	comp. de 150mg/dia	comp. de 75mg/dia comp. de 600mg/dia
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia	
	Enfuvirtida - T12	frasco comp. de 90mg/ml/dia	
Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia	comp. de 200mg/dia	
Martavirina - MTR	comp. de 60mg/dia		
Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia	
Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia	ml. de sol. oral 100mg/ml/dia	
19 - Médico Data ____/____/____ CRM: _____ (assinatura e carimbo)		20 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF: _____ (assinatura e carimbo)	
		21 - Recebi em ____/____/____ (assinatura do usuário)	

ORIENTAÇÕES GERAIS	
Preencher o formulário à 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.	
DETALHAMENTO DOS CAMPOS	
01- Nome Social do usuário: Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. 02- Nome Civil do usuário: Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe. 03- CPF: Número do CPF do Usuário SUS. 04- Data de Nascimento: Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta. 05- Órgão genital de nascimento: Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis. 06- 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). 07- 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). 08- Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento. 09- Pessoa-fonte multixperimentada: Pessoa-fonte com múltiplas falhas aos ARV. 10- Gestante: Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. 11- Informar se existe contraindicação ao esquema preferencial. 12- Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses. 13- Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo. 14- Data da Exposição: Informar a data que ocorreu a exposição de risco. 15- Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos: Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg + Dolutegravir(DTG)50mg 1 comprimido de cada ao dia. 16- Esquema Preferencial para PEP para Gestantes de 12 anos: Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg 1 comp/dia + Raltegravir(RAL)400mg, 1 comprimido de 12/12h. 17- Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária e peso: 0 – 14 dias: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Nevirapina(NVP)Sol. Oral 14 dias – 2 anos: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Lopinavir(LPV/r)Sol. Oral 2 anos – 12 anos: Zidovudina(AZT) + Lamivudina(3TC) + Raltegravir(RAL) 1 comprimido 12/12h.	
Esquemas Preferenciais	
10. Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos	TDF/3TC + DTG
11. Esquema Preferencial para PEP para Gestantes	TDF/3TC + RAL
12. Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária:	
0 – 14 dias	AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + NVP Sol. Oral
14 dias – 2 anos	AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + LPV/r Sol. Oral
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL
*Para mais informações consultar PCDT de PEP no endereço: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco .	
18- Medicamentos ARV: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multixperimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de ARV de terceira linha necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde). 19- Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição. 20- Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação. 21- Dispensação: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.	

Este documento pode ser encontrado em:

http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicita%C3%A7%C3%A3o_Medicamentos_Profilaxia.pdf

• OU Formulário de Solicitação de Medicamentos – Tratamento

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

1 - Nome Social do usuário		2 - Categoria do Usuário	
Nome Civil do usuário (se Resém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)		☐ HIVAIDS - Adulto ☐ HIVAIDS - Criança ☐ Gestante HIV+	
3 - Este formulário tem a validade de: ☐ 30 dias ☐ 60 dias ☐ 90 dias ☐ 120 dias ☐ 150 dias ☐ 180 dias		4 - CPF	
5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml ☐ < 50 ☐ 50 - 1000 ☐ > 1000 - Data do Exame: ____/____/____		Realizado no: ☐ Rede pública ☐ Rede privada 6 - Nº do Prontuário 7 - Marcar esquema ARV anterior: ☐ Sim ☐ Não	
8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa:			
9 - Contraindicação de dose fixa combinada *2 em 1ª e 3ª em 1ª por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? ☐ Não ☐ Sim Contraindicação ao Atazanavir (ATV)? ☐ Nefropatia ☐ Interação Medicamentosa ☐ Toxicidade			
10 - Início de Tratamento? ☐ Não ☐ Sim		11 - Paciente Coinfectado? ☐ TB ☐ Hepatite B ☐ Hepatite C	
12 - Motivo para mudança no tratamento antiretroviral (TARV) ☐ Falha terapêutica ☐ Coinfecção com tuberculose ☐ Outro - especificar: _____ ☐ Falta de medicamento ☐ Reação(s) adversa(s) a(o)s ARV ☐ Resistência ao Raltegravir ☐ Resistência a(o)s ARV ☐ Gestação		13 - ARV de Uso Restrito ☐ Autorizado por câmara técnica ☐ Autorizado pelo MS 14 - Situação Especial ☐ Paciente em Protocolo de Pesquisa - Nº Protocolo: _____	
15 - Medicamentos ARV (Preencher no quadro a QUANTIDADE de comprimidos/ml que deve ser usada diariamente)			
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulta)		☐ Tenofovir/3TC/Lamivudina/2 em 1 + Dolupegvir/3TC/2 em 1	
ANTIRRETROVIRAL			
Inibidores da Transcriptase Reversa Analógicos de Nucleosídeos (ITRN/ITRNAR)	DFC "3 em 1"	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	
		comp. de 300mg + 300mg + 600mg/ida	
		Tenofovir + Lamivudina	
		comp. de 300mg + 300mg/ida	
		Zidovudina + Lamivudina	
		comp. de 300mg + 150mg/ida	
		Abacavir - ABC	
		comp. de 300mg/ida	
ITRNN		Didanosina - ddI	
		ml. de sol. oral 120mg/ida	
		Estavudina - ddT	
		ml. de sol. oral 120mg/ida	
		Lamivudina - 3TC	
		comp. de 150mg/ida	
		Tenofovir - TDF	
		comp. de 300mg/ida	
Inibidores de Protease (IP)		Zidovudina - AZT	
		caps. de 100mg/ida	
		Efavirenz - EFV	
		comp. de 600mg/ida	
		Nevirapina - NVP	
		comp. de 200mg/ida	
		Atazanavir - ATV	
		caps. de 300mg/ida	
Inibidores de Integrase		Darunavir - DRV	
		comp. de 600mg/ida	
		Fosamprenavir - FPV	
		comp. de 150mg/ida	
		Lopinavir + Ritonavir - LPV	
		comp. de 200mg + 50mg/ida	
		Ritonavir - RTV	
		comp. de 100mg/ida	
Medicamentos de Uso Restrito		Dolutegravir - DTG	
		comp. de 50mg/ida	
		Raltegravir - RAL	
		comp. de 400mg/ida	
		Darunavir - DRV	
		comp. de 600mg/ida	
		Dolutegravir - DTG	
		comp. de 50mg/ida	
	Etravirina - ETR		
	comp. de 100mg/ida		
	Maraviroc - MVC		
	comp. de 150mg/ida		
	Raltegravir - RAL		
	comp. de 400mg/ida		
	Tipranavir - TPV		
	caps. de 250mg/ida		
16 - Médico			
Data: ____/____/____ CRM: _____			
Carimbo e Assinatura			
17 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamentos - UDM)			
1ª dispensação		2ª dispensação	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Dispensação para ____ dias		Dispensação para ____ dias	
(Assinatura do farmacêutico)		(Assinatura do farmacêutico)	
3ª dispensação		4ª dispensação	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Dispensação para ____ dias		Dispensação para ____ dias	
(Assinatura do farmacêutico)		(Assinatura do farmacêutico)	
5ª dispensação		6ª dispensação	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Dispensação para ____ dias		Dispensação para ____ dias	
(Assinatura do farmacêutico)		(Assinatura do farmacêutico)	

ORIENTAÇÕES GERAIS	
1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra legível, dentro do espaço das lacunas. 2. ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma Unidade Dispensadora de Medicamento/UDM que for mais conveniente. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NO BLOQUEIO DA DISPENSAÇÃO".	
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO	
01 - Nome do usuário: Nome social ou civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. 02 - Categoria de Usuário: HIV/AIDS ADULTO (≥ 13 ANOS), CRIANÇA (< 13 ANOS) E GESTANTE HIV+ (MULHERES GRÁVIDAS NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO). 03 - Este formulário tem validade de: Validade do formulário para 30, 60, 90, 120, 150 ou 180 dias com refração de no máximo de 90 dias, conforme disponibilidade de estoque de 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. 04 - CPF: Informar CPF do usuário SUS (somente números). 05 - 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. 06 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS. 07 - Manter esquema ARV anterior: Caso seja marcada a opção sim, os campos de 8 ao 14 não precisarão ser preenchidos. 08 - Contra-indicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, justificativa: Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificá-los. Os ARV indicados em caso de necessidade de substituição são:	
Preferencial - Adultos	
TDF / 3TC + DTG	Esquema para início de tratamento a partir de 2017
TDF / 3TC / EFZ	Esquema para início de tratamento nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV sem critério de gravidade (conforme critérios elencados abaixo) - Gestantes
TDF / 3TC + RAL	Esquema para tratamento na coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo: • CD4 < 100 células/mm ³ • Presença de outra infecção oportunista • Necessidade de internação hospitalar/Doença grave • TB disseminada
Alternativo - Adultos	
TDF / 3TC / EFZ	Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contra-indicação ao DTG
TDF / 3TC + RAL	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ, nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG
ABC + 3TC + DTG	Esquema para início de tratamento em caso de contra-indicação ao TDF em PVHA com resultado negativo ao exame de hipersensibilidade ao ABC (HLA-B*57:01).
Observações: O AZT permanece como alternativo em casos de intolerância ao TDF e ABC.	
Preferencial - Crianças	
Esquema Preferencial de 1ª linha (< 35Kg)	AZT + 3TC + ITRNN NVP: crianças < 3 anos EFZ: crianças ≥ 3 anos
09 - Contra-indicação de dose fixa combinada (DFC) "TDF + 3TC" ou "TDF +3TC +EFZ" por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? Contra-indicação ao ATV por Nefropatia, por interação medicamentosa ou toxicidade. 10 - Início de tratamento? Corresponde ao Usuário Adulto com HIV/AIDS, criança com HIV/AIDS e Gestantes HIV+ que iniciarão tratamento ARV no referido mês. Se SIM, informar também se o usuário é coinfetado em tratamento de tuberculose. 11 - Paciente Coinfetado: Se o paciente é coinfetado TB, Hepatite B ou Hepatite C. 12 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral: Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha terapêutica, Falta de Medicamento, Coinfecção com tuberculose, Gravidez, Reação(ões) adversa(s) a(o)s ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo). 13 - ARV de Uso Restrito: Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica) ou federal (MS). 14 - Situação Especial: Situação em que o paciente está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública. 15 - Medicamentos ARV: Lista dos antiretrovirais 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 6. 16 - Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição. 17 - Recibo: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e 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 refração de medicamento.	

Este documento pode ser encontrado em:

http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicitacao_Medicamento_SICLOM_nova%20vers%C3%A3o%20FEV_2017.pdf

- OU Formulário de Solicitação de antirretrovirais de uso restrito

ANEXO II - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS DE USO RESTRITO.

1. Medicamento(s) solicitado(s):			
☐ Darunavir	☐ Dolutegravir	☐ Enfuvirtida	☐ Etravirina
☐ Maraviroque	☐ Raltegravir	☐ Tipranavir	
2. Informações do médico solicitante:			
Nome Completo: _____			
CRM/DF: _____/____			
Telefone(s): (____) - _____			
E-mail(s): _____			
3. Informações do serviço:			
Município/UF: _____/_____			
Nome da Unidade de Atendimento: _____			
Telefone(s): (____) - _____			
Responsável para Contato: _____			
4. Informações do paciente:			
Nome Completo: _____			
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): ____/____/____ Peso Corporal (Kg): _____ (para < 18 anos)			
Nome da Mãe: _____			
Município de Nascimento/UF: _____/_____			
5. História terapêutica do paciente (esquemas antirretrovirais utilizados com respectivos períodos de início e troca)			
6. Justificativa para uso do medicamento solicitado:			
7. Esquema antirretroviral proposto:			
8. CD4 atual	Data:	9. CV atual	Data:
cel/mm ³	____/____/____	cópias/mL	____/____/____
10. Médico solicitante:		11. Ministério da Saúde (logística)	
Data: ____/____/____		(carimbo e assinatura)	
_____ (carimbo e assinatura)			
12. Médico autorizador:		13. CE DST/aids (responsável pelo envio das informações -fax):	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
_____ (carimbo e assinatura)		_____ (carimbo e assinatura)	

Este documento pode ser encontrado em:

<http://azt.aids.gov.br/informes/FORMULARIO%20DE%20SOLICITACAO%20E%20AUTORIZACAO%20DE%20ANTIRRETROVIRAIS%20DE%20USO%20RESTRITO.pdf>

- OU Formulário de Solicitação de Medicamentos – Zidovudina tratamento de Leucemia e Linfoma

Formulário de Solicitação de Medicamentos - HTLV

Zidovudina (AZT) para tratamento de Leucemia/linfoma associada ao HTLV-1

1 - Nº de Prontuário										2 - CPF																			
3 - Nome do usuário																													
4 - Data de Nascimento										5 - Data do diagnóstico																			
6 - Unidade de tratamento																													
7 - Tipo de forma Clínica																													
() Indolente e Crônica () Infecciosa () Aguda(Leucêmica)																													
8 - Retirou o Medicamento?		9 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/ml, que deve ser usada diariamente)																											
		Quantidade em caps/ml																											
Para uso da farmácia	☐ Sim	Zidovudina - AZT caps. de 100mg/dia																											
	☐ Não	Zidovudina - AZT Solução injetável 10 mg/ml/dia																											
	☐ Sim	Zidovudina - AZT xarope 10mg/ml/dia																											
☐ Não																													
10 - Dispensação para :																													
() 30 dias () 60 dias () 90 dias																													
Pessoas Autorizadas a retirar o medicamento																													
Nome Completo da pessoa autorizada 1																													
Nome Completo da pessoa autorizada 2																													
Nome Completo da pessoa autorizada 3																													
11 - Médico										12 - Farmacêutico responsável										13 - Usuário									
Data ____/____/____ CRM : _____										Data ____/____/____ CPF : _____										Recibiu em ____/____/____									
(assinatura e rubrica)										(assinatura e rubrica)										(assinatura de 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 avaliada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um recetário 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 Junho – 2016
DETALHAMENTO DOS CAMPOS
01 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS. 02 - CPF: CADASTRO DE PESSOA FÍSICA do Usuário SUS. 03 - Nome Completo do Usuário: Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. 04 - Data de Nascimento: Informar a data de nascimento do Usuário SUS. 05 - Data do diagnóstico: Informar a data de diagnóstico da leucemia/linfoma associada ao HTLV-1. 06 - Unidade de tratamento: Serviço de saúde onde o Usuário SUS é acompanhado para o tratamento da leucemia/linfoma associada ao HTLV-1. 07 - Tipo de Forma clínica: O médico assistente deverá assinalar o tipo de forma clínica diagnosticada. 08 - 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. 09 - Medicamentos - Antiretroviral: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de AZT para tratamento de leucemia/linfoma associada ao HTLV-1. O Médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. E a farmácia deverá informar a quantidade de frascos dispensada. 10 - Dispensação para: Quantidade de dias autorizado para a dispensação do medicamento. 11 - Pessoas autorizadas a Retirar o Medicamento: O Usuário SUS, no caso de não poder comparecer ao serviço de saúde, poderá indicar pessoas autorizadas a retirar medicamentos em seu nome, quando for necessário (no máximo 3 nomes). 12 - Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição. 13 - Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação. 14 - Usuário: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação.

Este documento pode ser encontrado em:

http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicita%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos%20AZT%20para%20HTLV%20-%20JUN2016.pdf

- Prescrição médica original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível.
- Cópias de documentos originais do paciente (documento de identidade, comprovante de endereço com CEP e Cartão Nacional de Saúde).
- Formulário de Cadastro de Usuários do SUS – PrEP (primeira retirada)

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP

1 Número de Prontuário		2 CNS – Cartão Nacional de Saúde		3 Identificação Preferencial do Usuário ☐ Nome Social ☐ Nome Civil	
4 Nome Completo do Usuário - Civil					
5 Nome Social					
6 Nome completo da Mãe					
7 Data de Nascimento			8 CPF		
9 País de Nascimento			10 Nacionalidade		
11 Situação do estrangeiro ☐ Residente ☐ Habitante de Fronteira ☐ Não Residente			12 Residência do estrangeiro		
13 UF de Nascimento		14 Cidade de Nascimento		15 Pessoa em situação de rua ☐ Sim ☐ Não	
16 Órgão Genital de Nascimento ☐ Vagina ☐ Pênis ☐ Vagina e Pênis			17 Orientação Sexual ☐ Heterossexual ☐ Homossexual / Gay / Lésbica ☐ Bissexual		
18 Identidade de Gênero ☐ Homem ☐ Mulher ☐ Mulher Transsexual ☐ Travesti / Mulher Travesti ☐ Homem Transsexual					
19 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena			20 Escolaridade ☐ Nenhuma/Sem Educação Formal ☐ De 1 a 3 anos ☐ De 4 a 7 anos ☐ De 8 a 11 anos ☐ De 12 e mais anos		
21 Permite contato * ☐ SIM ☐ NÃO		22 Tipo de contato ☐ Telefone ☐ E-mail			
*Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autoriza este serviço de saúde entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher as datas de endereço se o usuário autorizar o contato					
23 Endereço					
24 Bairro				25 CEP	
26 Cidade de Residência (Cidade / UF)			27 E-mail para contato		
28 Telefone para Contato (DDD + Número)			29 Acompanhamento médico ☐ Público ☐ Privado		
30 Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/_____ (carimbo e assinatura)			31 Usuário SUS Data: ____/____/_____ (assinatura)		

ORIENTAÇÕES GERAIS	
* Preencher o formulário, se possível, diretamente no SICLOM. Os campos sombreados (hachurados) 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).	
DETALHAMENTO DOS CAMPOS	
01- Número de Prontuário: Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde.	
02- CNS-Cartão Nacional de Saúde: Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).	
03- Identificação do usuário nos relatórios: Se a pessoa se identifica como mulher transsexual, homem transsexual 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.	
04- Nome Completo do Usuário - Civil: Preencher com o nome completo do(a) usuário(a), sem qualquer abreviação, exatamente como consta em um documento de identificação oficial. (Preenchimento obrigatório).	
05- Nome social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transsexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que diverja do nome de registro.	
06- Nome Completo da Mãe: Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação. Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável legal. (Preenchimento obrigatório).	
07- Data de Nascimento: Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. (Preenchimento obrigatório).	
08- CPF: Inserir o CPF do usuário (Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua).	
09- País de Nascimento: Informar o país de nascimento do Usuário SUS. (Preenchimento obrigatório).	
10- Nacionalidade: Informar a nacionalidade do CPF do Usuário SUS.	
11- Situação do Estrangeiro: Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.	
12- Residência do Estrangeiro: Referir-se ao local de residência do Usuário SUS.	
13- UF de Nascimento: Referir-se à UF de nascimento do Usuário SUS.	
14- Cidade de Nascimento: Referir-se ao município/cidade de nascimento do Usuário SUS.	
15- Pessoa em situação de rua: Informar se o paciente está em situação de rua ou não (Preenchimento obrigatório).	
16- Órgão Genital de Nascimento: Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transsexuais e travestis (Preenchimento obrigatório).	
17- 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) (Preenchimento obrigatório).	
18- 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) (Preenchimento obrigatório).	
19- Raça / Cor: Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Esta classificação deverá ser auto referida. (Preenchimento obrigatório).	
20- Escolaridade: Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua escolaridade. (Preenchimento obrigatório).	
21- Permite contato: Preenchimento obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao Usuário SUS se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção da competência ética 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. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento. Para melhor esclarecimento consultar a INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1825, DE 10 DE JULHO DE 2007 (Preenchimento obrigatório).	
22- Tipo de contato: Caso o Usuário SUS autorize o contato do serviço, informar o tipo de contato autorizado.	
23- Endereço: Endereço de residência do Usuário SUS = nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto municípios) deverão ser preenchidas caso o Usuário SUS autorize contato.	
24- Bairro: Referir-se ao bairro de residência do Usuário SUS.	
25- CEP: Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do Usuário SUS.	
26- Cidade de Residência: Referir-se ao município/cidade de residência do Usuário SUS.	
27- E-mail: E-mail de contato do Usuário SUS.	
28- Telefone para contato (DDD + número): Informar o número do telefone do Usuário SUS com DDD.	
29- Acompanhamento Médico: Para os Usuários SUS atendidos na rede pública, marque um "X" em Pública. Para aqueles Usuários SUS atendidos por médicos particulares, indique Privada (Preenchimento obrigatório).	
30- Responsável pelo Atendimento: Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo do médico (Preenchimento obrigatório).	
31- Usuário SUS: Informar a data do atendimento com assinatura do Usuário SUS (Preenchimento obrigatório).	

Este documento pode ser encontrado em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/formulario-de-cadastramento-de-usuario-sus-siclom>

2. Para a retirada de medicamentos destinados ao tratamento de Hepatites Virais, o fluxo de dispensação deve ser seguido conforme abaixo:

- Para Hepatite Viral B e coinfeções:

- Seguir fluxo descrito em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/ acesso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-protocolo-clinico-e-diretriz-terapeutica/42_hepatite_viral_b_coinfeccoes_v7_2.pdf

- Checar a necessidade de documentos específicos relacionados ao medicamento a ser utilizado:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/links-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-medicamento>

- Para Hepatite Viral C e coinfeções:

- Seguir fluxo descrito em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/ acesso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-protocolo-clinico-e-diretriz-terapeutica/43_hepatite_viral_c_coinfeccoes_v15.pdf

As unidades mais próximas que realizam dispensação destes medicamentos se encontram nos seguintes endereços:

- AME Maria Zélia – Setor 7
Rua Jequitinhonha, 360 (Belenzinho) ou 368 (Catumbi)
(11) 3583-1900 ou (11) 3853-1800
Aberto de segunda à sexta das 7h às 17h30 e de sábado das 8h às 12h30.
- AME Várzea do Carmo
Rua Leopoldo Miguez, 327 (Cambuci)
(11) 3555-0155 ou (11) 3555-0164
Aberto de segunda à sexta das 7h às 17h e de sábado das 7h às 12h.
- Farmácia Vila Mariana (Farmácia de Alto Custo)
Av Dr Altino Arantes, 1344 (Vila Clementino)
(11) 5074-4700
- AME Geraldo Bourroul
Rua Martins Fontes, 208 (Centro)
(11) 2141-6227 ou (11) 2141-6240
Aberto de segunda à sexta das 7h às 19h.

O Serviço de Farmácia do Hospital Sírio-Libanês disponibiliza o Centro de Informações no Núcleo de Apoio Técnico e Educação Farmacêutica (NATEF) para responder suas dúvidas em relação a medicamentos:

- Telefone: (11) 3394-4955
- E-mail: central.medicamentos@hsl.org.br