



Protocolo para Dispensação de Antirretrovirais

NATEF – Núcleo de Apoio Técnico e Educação Farmacêutica

Jun/2019

Introdução

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

Para as DST não há formulário específico para retirada do antirretroviral. O paciente deve se dirigir ao posto de saúde para diagnóstico da Doenças Sexualmente Transmissíveis e definição do tratamento adequado.

Para HIV e Hepatites virais siga as orientações deste documento.

1. AIDS

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/>.

Em caso de HIV, existem 3 situações para dispensação de medicamentos no SUS: profilaxia pós exposição (PEP), tratamento (pacientes soro positivo) ou profilaxia pré exposição (PrEP).

A profilaxia pós exposição e o tratamento destes pacientes são situações mais comuns de ocorrer em ambiente hospitalar de que a profilaxia pré exposição.

- ***PEP (Profilaxia pós exposição)***

Consiste na prescrição de medicamentos em até 72 horas após o contato do paciente com o vírus. O tratamento dura 28 dias e o atendimento é considerado de emergência pelo Ministério da Saúde, conforme prevê o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV.

Após a exposição é necessário realizar exame de HIV para verificar se a pessoa já não possui a doença, para assim seguir com o PEP.

A pessoa exposta deve ser acompanhada pela equipe de saúde por 90 dias.



Figura 1- Fonte: Ministério da saúde

Documentos necessários para retirada do medicamento:

- ✓ Receita médica- 2 vias
- ✓ Cópia do documento de identidade, comprovante de residência com CEP e do Cartão Nacional de Saúde
- ✓ Exame de HIV negativo
- ✓ Formulário de dispensação de medicamentos de ARV- 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 - Órgão genital de nascimento ☐ Vagina ☐ Pênis ☐ Vagina e Pênis	6 - Orientação Sexual ☐ Heterossexual ☐ Homossexual/Gay/Lésbica ☐ Bissexual
7 - Identidade de Gênero ☐ Homem ☐ Mulher ☐ Mulher Transexual ☐ Travesti/Mulher Travesti ☐ Homem Transexual	8 - Circunstância de exposição ☐ Acidente com material biológico ☐ Exposição Sexual Consensual ☐ Violência Sexual ☐ Transmissão Vertical: ☐ Paritária ☐ RN de mãe infectada pelo HIV	9 - Pessoa-fonte multixperimentada ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido	10 - Gestante ☐ SIM ☐ NÃO
11 - Contraindicação ao esquema preferencial: ☐ SIM ☐ NÃO			
12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: ☐ Sim ☐ Não	13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? ☐ Sim ☐ Não		14 - Data da exposição
15 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais ☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) ^(200mg/150mg) + Dolutegravir ^(500mg) (1 comp. coformulado/dia) (1 comp./dia)			
16 - Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes ☐ Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) ^(200mg/150mg) + Raltegravir ^(400mg) (1 comp. coformulado/dia) (1 comp. de 12/12h)			
17 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. Preencha no item 13		☐ 0 - 14 dias - Zidovudina (AZT) ^(300mg) Oral + Lamivudina (3TC) ^(150mg) Oral + Nevirapina ^(150mg) Oral ☐ 14 dias - 2 anos - Zidovudina (AZT) ^(300mg) Oral + Lamivudina (3TC) ^(150mg) Oral + Lopinavir ^(400mg) Oral ☐ 2 anos - 12 anos - Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir ^(400mg)	
18 - Medicamentos ARV (Preencher no quadro a QUANTIDADE de comp/caps/ml, que deve ser usada diariamente)			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRNN)			
Tenofovir / Lamivudina		comp. de 300mg/150mg	
Zidovudina / Lamivudina		comp. de 300mg/150mg	
Lamivudina - 3TC		comp. de 150mg	ml. de sol. oral 10mg/mL
Tenofovir - TDF		comp. de 300 mg	
Zidovudina - AZT		caps. de 300mg	Solução injetável 10 mg/mL mL de Xerope 10mg/mL
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)			
Nevirapina - NVP		ml. de suspensão oral 10mg/mL	
Inibidores de Protease (IP)			
Atazanavir - ATV		caps. de 200mg	caps. de 300 mg
Darunavir - DRV		comp. de 150mg	comp. de 75mg
Lopinavir / Ritonavir - LPV/r		comp. de 100mg/25mg	ml. de sol. oral 80mg/mL/20mg/mL
Ritonavir - RTV		comp. de 100mg	ml. de sol. oral 80mg/mL
Inibidores da Integrase (INI)			
Raltegravir - RAL		comp. de 400 mg	comp. de 100 mg
Dolutegravir - DTG		comp. de 50 mg	
ARV de Uso Restrito			
Darunavir - DRV		comp. de 150mg	comp. de 75mg
Dolutegravir - DTG		comp. de 50 mg	
Enfuvirtida - FAL		frasco-amp. de 30 mg/mL	
Etravirina - ETR		comp. de 100mg	comp. de 200mg
Maraviroque - MVR		comp. de 150mg	
Raltegravir - RAL		comp. de 400 mg	comp. de 100 mg
Tipranavir - TPV		caps. de 250mg	ml. de sol. oral 100mg/mL
19 - Médico		20 - Farmacêutico responsável	
Data ____/____/____ CRM: _____		Data ____/____/____ CRF: _____	
(assinatura e rubrica)		(assinatura e rubrica)	
		21 - Recebi em ____/____/____	
		(assinatura do usuário)	

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 multiexperimentada:** 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 multiexperimentados 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.

Disponível em:

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

- ***Tratamento de paciente HIV positivo***

Em casos de pacientes que já possuem o diagnóstico de HIV ou que já passou por diversas PEP'S o protocolo é diferente, sendo indicado um outro tratamento.

Neste caso as documentações necessárias são:

- ✓ Receita médica- 2 vias
- ✓ Cópia do documento de identidade, comprovante de residência com CEP e do Cartão Nacional de Saúde
- ✓ Exame de HIV positivo
- ✓ Formulário de dispensação de ARV- Tratamento:

1 - Nome Social do usuário		2 - Categoria do Usuário																																																																																		
Nome Civil do usuário		☐ HIV/AIDS - Adulto ☐ HIV/AIDS - 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 ____/____/____ ☐ Rede pública ☐ Rede privada		6 - N° do Prontuário																																																																																		
		7 - Manter esquema ARV anterior: ☐ Sim ☐ Não																																																																																		
8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa:																																																																																				
9 - Contraindicação de dose fixa combinada "2 em 1" e "3 em 1" por necessidade do 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 antirretroviral (TARV) ☐ Falha terapêutica ☐ Coinfecção com tuberculose ☐ Outro - especificar: _____ ☐ Falta de medicamento ☐ Reação(ões) adversa(s) a(o)s ARV _____ ☐ Resistência ao Raltegravir ☐ <i>sigla(s) do(s) ARV</i> _____ ☐ Gestação		13 - ARV de Uso Restrito ☐ Autorizado por câmara técnica ☐ Autorizado pelo MS																																																																																		
14 - Situação Especial ☐ Paciente em Protocolo de Pesquisa - N° Protocolo: _____																																																																																				
15 - Esquemas 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" + Dolutegravir ^{50mg} (DTG)																																																																																		
ANTIRRETROVIRAL																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">DFC "3 em 1"</td> <td style="width: 35%;">Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz</td> <td colspan="2">comp. de 300mg + 300mg + 600mg/ida</td> </tr> <tr> <td rowspan="10">Inibidores de Transcritase Reversa - Nucleosídeos Nucleotídeos (ITRN/ITNN)</td> <td>Tenofovir + Lamivudina</td> <td colspan="2">comp. de 300mg + 300mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Zidovudina + Lamivudina</td> <td colspan="2">comp. de 300mg + 150mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Abacavir - ABC</td> <td colspan="2">comp. de 300mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Didanosina - ddI</td> <td colspan="2">mL de sol. oral 20mg/mL/ida</td> </tr> <tr> <td>Estavudina - ddT</td> <td colspan="2">mL de sol. oral 20mg/mL/ida</td> </tr> <tr> <td>Lamivudina - 3TC</td> <td colspan="2">mL de sol. oral 150mg/mL/ida</td> </tr> <tr> <td>Tenofovir - TDF</td> <td colspan="2">comp. de 300mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Zidovudina - AZT</td> <td colspan="2">caps. de 100mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Estavirenz - EFZ</td> <td colspan="2">comp. de 600mg/ida</td> </tr> <tr> <td>ITRNN</td> <td>Nevirapina - NVP</td> <td colspan="2">comp. de 200mg/ida</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Inibidores de Protease (IP)</td> <td>Atazanavir - ATV</td> <td colspan="2">caps. de 300mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Darunavir - DRV</td> <td colspan="2">comp. de 600mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Fosamprenavir - FPV</td> <td colspan="2">comp. de 200mg + 50mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Tipranavir + Ritonavir - TPV</td> <td colspan="2">comp. de 200mg + 25mg/ida</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Inibidores de Integrase</td> <td>Ritonavir - RTV</td> <td colspan="2">comp. de 100mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Dolutegravir - DTG</td> <td colspan="2">comp. de 50mg/ida</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">Medicamentos de Uso Restrito</td> <td>Raltegravir - RAL</td> <td colspan="2">comp. de 400mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Darunavir - DRV</td> <td colspan="2">comp. de 600mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Dolutegravir - DTG</td> <td colspan="2">comp. de 50mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Emtricitabina - FTC</td> <td colspan="2">Frasco-amp. de 30mg/mL/ida</td> </tr> <tr> <td>Etravirina - ETR</td> <td colspan="2">comp. de 100mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Martavirina - MVV</td> <td colspan="2">comp. de 150mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Raltegravir - RAL</td> <td colspan="2">comp. de 400mg/ida</td> </tr> <tr> <td>Tipranavir - TPV</td> <td colspan="2">caps. de 250mg/ida</td> </tr> </table>				DFC "3 em 1"	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/ida		Inibidores de Transcritase Reversa - Nucleosídeos Nucleotídeos (ITRN/ITNN)	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/ida		Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/ida		Abacavir - ABC	comp. de 300mg/ida		Didanosina - ddI	mL de sol. oral 20mg/mL/ida		Estavudina - ddT	mL de sol. oral 20mg/mL/ida		Lamivudina - 3TC	mL de sol. oral 150mg/mL/ida		Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/ida		Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/ida		Estavirenz - EFZ	comp. de 600mg/ida		ITRNN	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/ida		Inibidores de Protease (IP)	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/ida		Darunavir - DRV	comp. de 600mg/ida		Fosamprenavir - FPV	comp. de 200mg + 50mg/ida		Tipranavir + Ritonavir - TPV	comp. de 200mg + 25mg/ida		Inibidores de Integrase	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/ida		Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/ida		Medicamentos de Uso Restrito	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/ida		Darunavir - DRV	comp. de 600mg/ida		Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/ida		Emtricitabina - FTC	Frasco-amp. de 30mg/mL/ida		Etravirina - ETR	comp. de 100mg/ida		Martavirina - MVV	comp. de 150mg/ida		Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/ida		Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/ida	
DFC "3 em 1"	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/ida																																																																																		
Inibidores de Transcritase Reversa - Nucleosídeos Nucleotídeos (ITRN/ITNN)	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/ida																																																																																		
	Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/ida																																																																																		
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/ida																																																																																		
	Didanosina - ddI	mL de sol. oral 20mg/mL/ida																																																																																		
	Estavudina - ddT	mL de sol. oral 20mg/mL/ida																																																																																		
	Lamivudina - 3TC	mL de sol. oral 150mg/mL/ida																																																																																		
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/ida																																																																																		
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/ida																																																																																		
	Estavirenz - EFZ	comp. de 600mg/ida																																																																																		
	ITRNN	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/ida																																																																																	
Inibidores de Protease (IP)	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/ida																																																																																		
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/ida																																																																																		
	Fosamprenavir - FPV	comp. de 200mg + 50mg/ida																																																																																		
	Tipranavir + Ritonavir - TPV	comp. de 200mg + 25mg/ida																																																																																		
Inibidores de Integrase	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/ida																																																																																		
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/ida																																																																																		
Medicamentos de Uso Restrito	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/ida																																																																																		
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/ida																																																																																		
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/ida																																																																																		
	Emtricitabina - FTC	Frasco-amp. de 30mg/mL/ida																																																																																		
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/ida																																																																																		
	Martavirina - MVV	comp. de 150mg/ida																																																																																		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/ida																																																																																		
Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/ida																																																																																			
16 - Médico																																																																																				
Data: ____/____/____ CRM: _____		Cidade e estado: _____																																																																																		
17 - Rótulo (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																																																																																		

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 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. 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 - Contraindicação 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 contraindicação 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 contraindicação ao TDF em PVHA com resultado negativo ao exame de hipersensibilidade ao ABC (HLA-B*57:01).
Observações: O AZT permanece como alternativa 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 - Contraindicação 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? Contraindicação 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 coinfectado em tratamento de tuberculose. 11 - Paciente Coinfectado: Se o paciente é coinfectado 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, Gestação, Reação(ões) adversa(s) a(oi)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 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 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 retirada de medicamento.	

Disponível em:

http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/F_Solicitacao_Medicamento.pdf

Para segunda retirada do medicamento, após validade do formulário, o paciente precisa entregar no SUS um novo formulário e 2 vias da receita.

2. Hepatite

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**.

- **Para Hepatite Viral B e coinfeções:**

HEPATITE VIRAL B E COINFEÇÕES

Portaria MS/SAS nº 1126, de 22 de junho de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

Medicamentos

- [Tenofovir 300 mg – comprimido](#)
- [Alfapecinterferona 2A 180 mcg – seringa preenchida, 2B 80 mcg, 2B 100 mcg e 2B 120 mcg – frascoampola](#)
- [Entecavir 0,5 mg – comprimido](#)
- [Lamivudina 10 mg/mL solução oral – frasco de 240 mL – e 150 mg – comprimido](#)

CID's contemplados

B18.0, B18.1

Relação de exames necessários para dispensação dos medicamentos nos locais de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

1ª solicitação

- Relatório médico com informações que justifiquem a indicação do tratamento.

Renovação da Continuidade

Não são exigidos exames de monitoramento.

Para orientações sobre como obter os medicamentos, [clique aqui](#).

HEPATITE VIRAL B E COINFEÇÕES (Atualizado em 07/12/2018)

 GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

Disponível em:

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/aceso-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](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/aceso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-protocolo-clinico-e-diretriz-terapeutica/42%20hepatite%20viral%20b%20coinfeccoes%20v7%202.pdf)

- **Para Hepatite Viral C e coinfeções:**

HEPATITE VIRAL C E COINFECÇÕES

Portaria nº 13, de 13 de março de 2018 ([Protocolo na Integra](#))

Medicamentos

- [Alfaepoetina 10.000 UI injetável – frasco-ampola](#)
- [Alfapeginterferona 2A 180 mcg – seringa preenchida](#)
- [Ribavirina 280 mg – cápsula](#)
- [Daclatasvir 60 e 30 mg – comprimido revestido](#)
- [Filgrastim 300 mcg injetável - frasco](#)
- [Simeprevir 150 mg – cápsula](#)
- [Sofosbuvir 400 mg – comprimido revestido](#)
- [Ombitasvir 12,5 mg/veruprevir 75 mg/ritonavir 50 mg + dasabuvir 250 – por comprimido](#)
- [Sofosbuvir 400 mg + ledipasvir 90 mg – comprimido revestido](#)
- [Elbasvir 50 mg + grazoprevir 100 mg – comprimido revestido](#)

CID's contemplados

B17.1 e B18.2

Relação de exames necessários para dispensação dos medicamentos nos locais de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

1ª solicitação

Hepatite C Aguda (CID-10 B17.1):

PARA ALFAPEGINTERFERONA, RIBAVIRINA, DACLATASVIR, SIMEPREVIR, SOFOSBUVIR, OMBITASVIR/VERUPREVIR/RITONAVIR+DASABUVIR, ELBASVIR / GRAZOPREVIR E SOFOSBUVIR / LEDIPASVIR:

- [Relatório médico específico para Hepatite C Crônica – modelo padrão SES/SP](#)
- Exame HCV-RNA quantitativo realizado até 90 dias após o início dos sintomas ou da data de exposição;
- Genotipagem: realizada até 90 dias após o início dos sintomas ou da data de exposição (obrigatório subgenotipagem para genótipo 1);

HEPATITE VIRAL B E COINFECÇÕES (Atualizado em 02/08/2018)



GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/aceso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-protocolo-clinico-e-diretriz-terapeutica/43_hepatite_viral_c_coinfecoes_v17.pdf

Documentos necessários para retirado do medicamento:

Para saber os documentos necessários para a dispensação dos ARV para Hepatite, é importante verificar por medicamento, na própria ficha a cima é possível clicar nos medicamentos e abrirá uma ficha técnica dos mesmos, onde informa todos os procedimentos que devem ser feitos para ocorrer a dispensação.

Medicamento > seleciona o tipo da hepatite > ficha técnica + documentos.

Todos os medicamentos precisam de:

- ✓ Cópia do documento de identidade, comprovante de residência com CEP e Cartão Nacional da saúde
- ✓ Receita médica - 2 vias
- ✓ Relatório médico com informações que justifiquem a indicação do tratamento.
- ✓ Cópia dos resultados dos exames (se necessário)
- ✓ Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Deve ser preenchido trimestralmente):

SUS  **Sistema Único de Saúde**
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente* 4- Nome da Mãe do Paciente*

5- Peso do paciente* kg 6- Altura do paciente* cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* 10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

13- **Atestado de capacidade***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante

16- Data da solicitação*

17- Assinatura e carimbo do médico*

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante

☐ Outro, informar nome: e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:

☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correlativo eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Para renovação do tratamento é necessário:

- ✓ Receita médica- 2 vias
- ✓ Cópia dos resultados dos exames (se necessário)
- ✓ Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente

Especializado da Assistência Farmacêutica.