

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

- Exposição

☐ Ocupacional

☐ Violência Sexual

☐ Casais Sorodiscordantes

☐ Comp. de seringa

☐ Exposição sexual ocasional

☐ Reprodução Assistida

☐ Outros _____

7 - Motivo para mudança no tratamento anti-retroviral (TARV)

☐ Falha terapêutica clínica

☐ Falha terapêutica laboratorial

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

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

☐ Outro – especificar: _____

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

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)

Abacavir - ABC

☐

comp. de 300mg /dia

☐

mL de sol. oral 20mg/mL /dia

Amprenavir - APV

☐

mL de sol. oral 15mg/mL /dia

Atazanavir - ATV

☐

caps. de 200mg /dia

☐

caps. de 300 mg /dia

Darunavir - DRV

☐

comp. de 300mg /dia

Didanosina - ddl

☐

caps. de 250mg /dia

☐

caps. de 400mg /dia

☐

mL de sol. oral de 10mg/mL/dia

Efavirenz - EFZ

☐

comp. de 600 mg /dia

☐

caps. de 200 mg /dia

☐

mL de sol. oral 30 mg/mL /dia

Enfuvirtida - T-20

☐

frascos-amp. de 90 mg/mL/dia

Estavudina - d4T

☐

caps. de 30 mg /dia

☐

mL de sol. oral 1mg/mL /dia

Etravirina - ETR

☐

comp. de 100mg/dia

Fosamprenavir - FPV

☐

comp. de 700mg/dia

Indinavir - IDV

☐

caps. de 400 mg /dia

Lamivudina - 3TC

☐

comp. de 150mg /dia

☐

mL de sol. oral 10mg/mL/dia

Lopinavir + ritonavir –
LPV/r

☐

comp. de 200mg + 50 mg/dia

☐

Comp. de 100mg + 25mg/dia

☐

mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia

Nevirapina - NVP

☐

comp. de 200mg /dia

☐

mL de suspensão oral 10mg/mL /dia

Raltegravir - RAL

☐

comp. de 400 mg / dia

Ritonavir - RTV

☐

caps. de 100mg /dia

Saquinavir - SQV

☐

caps. mole de 200mg /dia

Tenofovir - TDF

☐

comp. de 300 mg / dia

Zidovudina+Lamivudina –
AZT + 3TC

☐

comp. de 300mg +150mg / dia

Zidovudina - AZT

☐

caps. de 100mg / dia

☐

Solução injetável 10 mg/mL/dia

☐

mL de sol. oral 10mg/mL /dia

Para uso da farmácia

19 - Médico

Data ____/____/____ CRM : _____

(carimbo e assinatura)

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.

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)