

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PEP

1 - CPF* <input style="width: 95%;" type="text"/>	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde <input style="width: 95%;" type="text"/>	3 - Prontuário <input style="width: 95%;" type="text"/>	4 - Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
--	--	--	--

5 - Nome Completo do Usuário - Civil\*

6 - Nome Social

7 - Nome Completo da Mãe\*

8 - Data de Nascimento* <input style="width: 95%;" type="text"/>	9 - UF de Nascimento* <input style="width: 95%;" type="text"/>	10 - Cidade de Nascimento* <input style="width: 95%;" type="text"/>	11 - País de Nascimento* <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---	--	--

12 - Nacionalidade* <input style="width: 95%;" type="text"/>	13 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente
---	---

14 - UF de Residência* <input style="width: 95%;" type="text"/>	15 - Cidade de Residência* <input style="width: 95%;" type="text"/>	16 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorada
--	--	--

17 - Escolaridade* <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> Ignorada	18 - Órgão Genital de Nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e pênis	19 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual	20 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Não binário
--	--	---	---

21 - Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?*" <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	22 - Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?*" <input type="radio"/> Sim, álcool <input type="radio"/> Sim, outras drogas <input type="radio"/> Sim, álcool e outras drogas <input type="radio"/> Não	23 - Gestante*" <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	24 - Pessoa em situação de rua no momento*" <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	25 - Pessoa privada de liberdade no momento*" <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	26 - Data da exposição* <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	---	---	---	---	---

27 - Circunstância da Exposição:* <input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual	28 - Origem do acompanhamento médico:* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
---	---

29 - Serviço de atendimento\*  Atenção Primária  Serviço Especializado  Serviço de urgência ou emergência  CTA

30 - CNES do Serviço de Atendimento <input style="width: 95%;" type="text"/>	31 - Nome do Serviço de Atendimento <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---

32 - Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquema alternativo?\*"  Sim  Não  Não sabe  
(Se sim informar no campo abaixo a prescrição legível)

### 33 – Esquemas preferenciais para PEP e posologias

Faixa etária/ou critérios	Esquemas terapêutico/posologias	
6 anos ou mais	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) <small>Acima de 35 kg</small> <span style="float: right;"><small>Acima de 20 kg</small></span> Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)	
0 a < 2 anos	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Raltegravir (RAL) _____ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)	
≥ 2 a 6 anos	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<input type="radio"/> Raltegravir (RAL) _____ comp 100mg/dia	_____ comp 400mg/dia
<b>Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital</b>	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)	

#### Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada e/ou esquemas alternativos.\* (informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária)

Medicamento	Apresentação	Posologia Diária

34 - Prescritor  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ UF do conselho: \_\_\_\_\_  
Nº do conselho: \_\_\_\_\_  

---

(carimbo e assinatura)

35 - Técnico Responsável  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  

---

(carimbo e assinatura)

36 - Recebi em:  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  

---

(assinatura do Usuário SUS)

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.

**DETALHAMENTO DOS CAMPOS**

- 01. 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.
- 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. Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.
- 04. Identificação Preferencial do Usuário:** Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual 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 (preenchimento obrigatório).
- 05. Nome Completo do Usuário - Civil:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 06. Nome Social:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 07. Nome Completo da Mãe:** Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.
- 08. Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.
- 09. UF:** Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS.
- 10. Cidade de Nascimento:** Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.
- 11. País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS.
- 12. Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS
- 13. Situação do estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.
- 14. UF:** Unidade da Federação da residência do usuário SUS.
- 15. Cidade de Residência:** Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia.
- 16. Raça/cor:** Pedir ao(à) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.
- 17. Escolaridade:** Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos"
- 18. Órgão Genital de Nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
- 19. 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).
- 20. 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).
- 21. Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?:** Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.
- 22. Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?:** Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses
- 23. Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas.
- 24. Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.
- 25. Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade
- 26. Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
- 27. Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, favor usar formulário específico "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical"
- 28. Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 29. Serviço de Atendimento:** Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência e CTA.
- 30. CNES do Estabelecimento de Saúde:** Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 31. Nome do Estabelecimento de Saúde:** Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 32. Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquemas alternativos?:** Se sim informar no campo específico a prescrição legível
- 33. Esquemas preferenciais para PEP e posologias:** Lista dos Esquemas antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor deveria assinalar um "x" no esquema preferencial.
- | FAIXA ETÁRIA  | ESQUEMA PREFERENCIAL | MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS                 |
|---|----------------------|---|
| 0 – 14 dias   | AZT + 3TC + RAL      | AZT + 3TC + NVP                         |
| 14 dias – 2 anos  | AZT + 3TC + RAL      | Impossibilidade de uso do RAL:<br>LPV/r |
| 2 – 6 anos  | AZT + 3TC + RAL      | Impossibilidade de uso do RAL:<br>LPV/r |
| 6 – 12 anos   | TDF + 3TC + DTG      | Impossibilidade de uso do DTG:<br>ATZ/r |
| Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos. |                      |   |
- 34. Prescritor:** Assinatura e carimbo do prescritor responsável.
- 35. Técnico responsável:** Assinatura do técnico responsável pela dispensação.
- 36. Recebi em:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.