

HIV

QUADRO CLÍNICO DE SÍNDROME MONO-LIKE:

- FEBRE
- ÚLCERAS ORAIS/ GENITAIS/PERIANAIS
- DIARREIA CRÔNICA
- CALAFRIOS
- HERPES ZOSTER DE REPETIÇÃO OU QUE PASSA A LINHA MÉDIA
- MANCHAS ARROXEADAS/ VERMELHAS/ MARRONS NA PELE/BOCA
- SUDORESE
- TUBERCULOSE
- PERDA DE MEMÓRIA
- RASH
- PNEUMONIA
- DEPRESSÃO
- MIALGIA
- PERDA ABRUPTA DE PESO
- OUTRAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS
- ODINOFAGIA
- CANDIDÍASE ORAL
- DOENÇAS OPORTUNISTAS
- FADIGA/ CANSAÇO EXTREMO OU INEXPLICADO
- FEBRE RECORRENTE
-
- ADENOMEGALIA CERVICAL/AXILAR/ INGUINAL

SOLICITAR SOROLOGIA PARA HIV

SE RESULTADO REAGENTE

PACIENTE INSTÁVEL OU INTERNADO?

NÃO

NOTIFICAR +
SINALIZAR PARA UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DO PACIENTE OU PARA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA (SE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA) +
ORIENTAR O PACIENTE

SIM

PRIORIDADE É DIAGNOSTICAR E TRATAR AS INFECÇÕES OPORTUNISTAS

SOLICITAR RAIOS-X DE TORAX + EXAMES LABORATORIAIS (HEMOGRAMA, CREATININA, TGO, TGP, SÓDIO, POTÁSSIO, PARCIAL DE URINA)

+ INICIAR PROFILAXIA COM SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIM 400/80MG 2CP AO DIA.

A MEDICAÇÃO ANTIRRETROVIRAL (ARV) SERÁ INICIADA, NO MÍNIMO, 15 DIAS APÓS O INÍCIO DA INTERCORRÊNCIA AGUDA.

AValiação DA MEDICAÇÃO ANTIRETROVIRAL

PACIENTE JÁ TINHA HISTÓRICO CONHECIDO DE HIV?

NÃO

PREENCHER O FORMULÁRIO DE ARV (EM ANEXO) JUNTAMENTE COM RECEITUÁRIO SIMPLES COM O ESQUEMA MEDICAMENTOSO +
ORIENTAR PACIENTE/ FAMILIAR A RETIRAR A MEDICAÇÃO NA UNIDADE DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAÇÃO DE PREFERÊNCIA.

ESQUEMA INICIAL PREFERENCIAL:
Tenofovir300mg/Lamivunida300mg "2 em 1" + Dolutegravir 50mg : TOMAR 1 CP DE CADA, 1X AO DIA, JUNTOS.

SIM

FAZ USO DE TARV?

SIM

MANTER O ARV EM USO

AVALIAR O MOTIVO DO ABANDONO DO TRATAMENTO.

SE EFEITO COLATERAL:

NECESSÁRIO REALIZAR TROCA DE ESQUEMA. CONTACTAR UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DO PACIENTE, OU EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA (POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA) PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

SE OUTROS MOTIVOS, COMO: DEPRESSÃO, NEGAÇÃO, DIFICULDADE DE SIGILO, ETC:

REINICIAR TARV COM ÚLTIMO ESQUEMA QUE O PACIENTE USAVA (SE NECESSÁRIO FAZER CONTATO COM UNIDADE DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAÇÃO ONDE O PACIENTE RETIRAVA A MEDICAÇÃO).

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 ____/____/____		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? Sim Não

Contraindicação ao ATZ? Nefropatia Interação Medicamentosa

Última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ____ mL/min, na data ____/____/____

10 - Início de Tratamento?
 Não sim Se SIM, é um usuário coinfestado com tuberculose? Não 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(o)s ARV: _____ <input type="checkbox"/> Gestação <small>sigla(s) do(s) ARV</small> _____		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 (Para adulto)		<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			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNN)	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia			
	Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia			
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia		mL de sol. oral 20mg/mL/dia	
	Didanosina - ddI	mL de pó p/ sol. oral 4g/dia			
	Estavudina - d4T	mL de pó p/ sol. oral 1mg/mL/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 sol. oral 10mg/mL/dia
ITRNN	Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia		caps. de 200mg/dia	
	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia		mL de susp. oral 10mg/mL/dia	
Inibidores de Protease (IP)	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia		caps. de 200mg/dia	
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia	
	<small>ODRV de 600mg, como resgate após primeira falha, só poderá ser prescrito a partir de Abril/2017</small>				
	Fosamprenavir - FPV	mL de susp. oral 50mg/mL/dia			
	Lopinavir + ritonavir - LPVr	comp. de 200mg + 50mg/dia		comp. de 100mg + 25mg/dia	
Inibidores de Integrase	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia		mL de sol. oral 80mg/mL/dia	
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
Medicamentos de Uso Restrito	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia		comp. de 100mg/dia	
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia	
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
	Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia			
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia			
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia			
Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/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 <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	2ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias <small>(Assinatura do usuário)</small>	3ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	4ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias <small>(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	6ª dispensação Data ____/____/____ Dispensação para ____ dias <small>(Assinatura do usuário)</small>

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 civil ou social 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 a 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: <ul style="list-style-type: none"> • CD4 < 100 cêls/mm³ • 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 <i>Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG</i>
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*5701).

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?** Em casos de contraindicação para o uso de DFC, deve-se informar o valor da taxa de filtração glomerular e a data de sua mensuração.

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 - **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(os) ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).

12 - **ARV de Uso Restrito:** Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica) ou federal (MS).

13 - **Situação Especial:** Situação em que o paciente está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.

14 - **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.

15 - **Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

16 - **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.