

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| SUS                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              | FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PEP |                                                                                                                                                |                                        | SETEMBRO/2025                                                                                          |  |
| Cadastro Serviço                                                                                                                                                        | 1. Serviço de atendimento*                                                                                                                                                                   |                                                 | 2. Origem do acompanhamento:*                                                                                                                  |                                        | 3. CNES do Serviço de Atendimento                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                         | 4. Nome do Serviço de Atendimento:                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| Cadastro Usuário                                                                                                                                                        | 5. CPF*                                                                                                                                                                                      |                                                 | 6. CNS – Cartão Nacional de Saúde                                                                                                              |                                        | 7. Prontuário                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 8. Identificação Preferencial do Usuário*                                                                                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 9. Nome Completo do Usuário - Civil*                                                                                                                                                         |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 10. Nome Social                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 11. Nome Completo da Mãe*                                                                                                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 12. Data de Nascimento*                                                                                                                                                                      |                                                 | 13. Raça/cor*                                                                                                                                  |                                        | 14. Sexo atribuído ao Nascimento*                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                         | 15. Identidade de Gênero*                                                                                                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                | 16. Orientação Sexual*                 |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 17. UF de Nasc.*                                                                                                                                                                             |                                                 | 18. Cidade de Nascimento*                                                                                                                      |                                        | 19. País de Nascimento*                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                         | 20. Nacionalidade*                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 21. Situação do Migrante:                                                                                                                                                                    |                                                 | 22. Habitante de fronteira                                                                                                                     |                                        | 23. UF de Residência*                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                         | 24. Cidade de Residência*                                                                                                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 25. Gestante*                                                                                                                                                                                |                                                 | 26. Escolaridade*                                                                                                                              |                                        | 27. Pessoa em situação de rua no momento*                                                              |  |
| 28. Pessoa privada de liberdade no momento*                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| 29. Permite Contato*                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              | 30. Tipo de telefone:                           |                                                                                                                                                | 31. Telefone para contato (DDD+Número) |                                                                                                        |  |
| 32. Observações:                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| 33. E-mail                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| Exposição                                                                                                                                                               | 34. Circunstância da Exposição:*                                                                                                                                                             |                                                 |                                                                                                                                                |                                        | 35. Data da exposição*                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                         | 36. Teste para HIV*                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                                                                                                                |                                        | 37. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?" |  |
| Prescrição                                                                                                                                                              | 38. Esquemas preferenciais para PEP e posologias                                                                                                                                             |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | Faixa etária/ou critérios                                                                                                                                                                    |                                                 | Esquemas Preferenciais                                                                                                                         |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos                                                                                                                                                       |                                                 | Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG)<br>≥ 35 kg Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia) ≥ 20 kg |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 0 a 4 semanas (1 mês de vida) <sup>1</sup>                                                                                                                                                   |                                                 | Zidovudina (AZT)                                                                                                                               |                                        | ___ mL de sol. oral 10mg/mL/dia                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 | Lamivudina (3TC)                                                                                                                               |                                        | ___ mL de sol. oral 10mg/mL/dia                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 | Raltegravir (RAL)                                                                                                                              |                                        | ___ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)                                                          |  |
|                                                                                                                                                                         | Acima de 4 semanas a 6 anos                                                                                                                                                                  |                                                 | Zidovudina (AZT)                                                                                                                               |                                        | ___ mL de sol. oral 10mg/mL/dia                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 | Lamivudina (3TC)                                                                                                                               |                                        | ___ mL de sol. oral 10mg/mL/dia                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 | Dolutegravir (DTG)                                                                                                                             |                                        | ___ comp. para suspensão 5mg (≥ 3kg)                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                         | Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital                                                                                                                      |                                                 | Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG)<br>Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)         |                                        |                                                                                                        |  |
| <sup>1</sup> Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, utilizar: "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| 39. Autotestes dispensados para usuário e/ou pares e parcerias sexuais:                                                                                                 |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| Prescrição Especial                                                                                                                                                     | 40. Pessoa fonte multiexperimentada?*                                                                                                                                                        |                                                 | 41. Esquema alternativo?*                                                                                                                      |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | 42. Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada ou esquemas alternativos.*<br>(informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária) |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         | Medicamento                                                                                                                                                                                  |                                                 | Apresentação                                                                                                                                   |                                        | Posologia Diária                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| 43. Prescritor                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                              | 44. Técnico Responsável pela dispensação        |                                                                                                                                                | 45. Recebi em:                         |                                                                                                        |  |
| Tipo de conselho                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                              | Data:                                           |                                                                                                                                                | Data: __/__/__                         |                                                                                                        |  |
| UF do conselho:                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| Nº do conselho:                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| Data:                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                        |  |
| (carimbo e assinatura)                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              | (carimbo e assinatura)                          |                                                                                                                                                | (assinatura do Usuário SUS)            |                                                                                                        |  |

# ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.

JULHO/2025

## DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01. Serviço de Atendimento:** Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência, CTA, Extramuros e Teleatendimento.
- 02. Origem do acompanhamento:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 03. CNES do Estabelecimento de Saúde:** Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 04. Nome do Estabelecimento de Saúde:** Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
- 05. 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.
- 06. CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 07. Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS no serviço de saúde.
- 08. 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).
- 09. Nome Completo do Usuário - Civil:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 10. Nome Social:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 11. Nome Completo da Mãe:** Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.
- 12. Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.
- 13. Raça/cor:** Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.
- 14. Sexo atribuído ao nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. (preenchimento obrigatório)
- 15. 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).
- 16. 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).
- 17. UF de Nasc:** Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)
- 18. Cidade de Nascimento:** Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.
- 19. País de Migrante:** Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório)
- 20. Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório).
- 21. Situação do estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente ou não residente. (preenchimento obrigatório)
- 22. Habitante de Fronteira:** Verificar se o paciente é habitante de fronteira, independentemente de ser residente ou não. (preenchimento obrigatório)
- 23. UF de residência:** Unidade da Federação da residência do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)
- 24. Cidade de Residência:** Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia. (preenchimento obrigatório)
- 25. Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas (preenchimento obrigatório)
- 26. 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" (preenchimento obrigatório)
- 27. Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não. (preenchimento obrigatório)
- 28. Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade. (preenchimento obrigatório)
- 29. Permite contato:** Informar se o usuário (a) permite ser contatado (preenchimento obrigatório). Para resposta afirmativa preencher os **campos 29, 30, 31 e 32**.
- 30. Tipo de telefone:** Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.
- 31. Telefone para contato (DDD + número):** Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD.
- 32. Observações:** Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, Se é número de whatsapp, etc., ou demais informações que forem pertinentes.
- 33. E-mail:** E-mail de contato do(a) usuário(a).
- 34. 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" (preenchimento obrigatório).
- 35. Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco. (preenchimento obrigatório).
- 36. Teste para HIV:** Inserir o tipo de teste para HIV realizado (preenchimento obrigatório).
- 37. Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?":** Informar se nos últimos 3 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo. (preenchimento obrigatório).
- 38. Esquemas preferenciais para PEP e posologias:** Lista dos Esquemas antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor devera assinalar um "x" no esquema preferencial.
- 39. Número de autoteste de HIV para entregar para usuário (a), pares/ parcerias sexuais:** Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a para sua autotestagem e entrega para pares e/ou parcerias sexuais.
- 40. Pessoa fonte multiexperimentada:** Assinalar se pessoa fonte conhecida com histórico de ser multiexperimentada a antirretrovirais. (preenchimento obrigatório).
- 41. Esquemas alternativos:** Assinalar caso seja prescrito esquema alternativo. Os medicamentos de escolha deverão ser informados no campo específico com prescrição legível. (preenchimento obrigatório).
- 42. Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada ou esquemas alternativos.** informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária.

| Faixa Etária                               | Esquema Preferencial  | Medicamentos Alternativos                                                                     |
|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Adultos e crianças acima de 6 anos*</b> | TDF/3TC + DTG 50mg    | Impossibilidade do uso de TDF: AZT<br>Impossibilidade do uso de DTG 50mg: DRV/r 800mg + 100mg |
| <b>0 a 14 dias de vida</b>                 | AZT + 3TC + RAL       | Impossibilidade do uso de RAL: NVP                                                            |
| <b>Acima de 14 dias a 4 semanas</b>        | AZT + 3TC + RAL       | Impossibilidade do uso de RAL: NVP                                                            |
| <b>Acima de 4 semanas até 6 anos</b>       | AZT + 3TC + DTG 5mg** | Impossibilidade do uso de DTG: LPV/r                                                          |

Posologia pelo peso: \*TDF ≥ 35kg; DTG 50mg ≥ 20kg; \*\*DTG 5mg ≥ 3kg.

- 43. Prescritor:** Assinatura e carimbo do prescritor responsável.
- 44. Técnico responsável pela dispensação:** Assinatura do técnico responsável pela dispensação.
- 45. Recebi em:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.