



**PREFEITURA  
DE GOIÂNIA**

Saúde

**Secretaria Municipal de Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Gerencia de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis**

**Memorando nº 035/2022/GEDAT**

**Goiânia, 03 de março de 2022.**

**Protocolo: 2022/00000/008111**

**Para:** Gabinete da Secretaria de Saúde

**Assunto:** NOTA INFORMATIVA Nº. 01/2022 - /GEDAT/DVE/ SUVIG /SMS

**Senhor Secretário,**

Considerando a NOTA INFORMATIVA Nº. 01/2022 - /GEDAT/DVE/ SUVIG /SMS, PRESCRIÇÃO MÉDICA E DISPENSAÇÃO DO ANTIRRETROVIRAL PARA A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PrEP) NA REDE DE SAÚDE PRIVADA, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, anexo, solicitamos que seja encaminhado para as unidades constantes na lista, anexo.

Atenciosamente,

**Marilia Belmira de Castro Rego**  
Gerente de Doenças e Agravos  
Transmissíveis  
Decreto nº 264/2021

**Grécia Carolina Pessoni**  
Diretora de Vigilância Epidemiológica  
Decreto nº 060/2021

**Yves Mauro Fernandes Ternes**  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Decreto nº 1078/2021

Palácio das Campinas (Paço Municipal) - Avenida do Cerrado, 999, Bloco D, 1º andar- Park Lozandes,  
CEP. 74.884-900 – Goiânia-GO - Fone (62)3524-3389/3381/3392/6333/3819 Fax: 3524-6331

www.goiania.go.gov.br





**PREFEITURA  
DE GOIÂNIA**

Saúde

**Secretaria Municipal de Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Gerencia de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis**

**CREMEGO – Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás**

Presidente: Dr. PAULO ROBERTO CUNHA VENCIO

Endereço: Rua T-28, N° 245, Qd. 24, Lotes 19 e 20, Setor Bueno, Goiânia/GO - CEP: 74210-040

Telefone: (62) 3250 4900 - Email: [cremego@cremego.org.br](mailto:cremego@cremego.org.br)

**SOCIEDADE GOIANA DE INFECTOLOGIA**

Presidente: Dra. Christiane Reis Kobal

Endereço: Rua 147, 255, Setor Marista - Sala 01 Goiânia/GO - CEP 74170-100

Telefone: (62) 3281-3608

**AHPACEG - Associação dos Hospitais Privados de Alta Complexidade do Estado de Goiás**

Presidente: Haikal Yaspers Helou

RUA 94, NÚMERO 220, QUADRA F-13, LOTE 28, SETOR, GOIÂNIA (GO), CEP 74.083.105

Telefone: (62) 3088-5800

**AHEG – Associação dos Hospitais do Estado de Goiás**

Presidente: Adelvânio Francisco Morato

Endereço: Alameda Botafogo, 101, Setor Central – Goiânia –GO

CEP:74030-020

Palácio das Campinas (Paço Municipal) - Avenida do Cerrado, 999, Bloco D, 1º andar- Park Lozandes,  
CEP. 74.884-900 – Goiânia-GO - Fone (62)3524-3389/3381/3392/6333/3819 Fax: 3524-6331

[www.goiania.go.gov.br](http://www.goiania.go.gov.br)

Documento foi assinado digitalmente por GRECIA CAROLINA PESSONI EM 10/03/2022 11:05:33. A autenticidade deste documento

pode ser verificada no site <http://sms.ikhon.com.br/verificador>, informando o código verificador: F7F6B1B000100E9C.



**NOTA INFORMATIVA Nº. 01/2022 - /GEDAT/DVE/ SUVIG /SMS**

Goiânia, 21 de fevereiro de 2022

**ASSUNTO: PRESCRIÇÃO MÉDICA E DISPENSAÇÃO DO ANTIRRETRÓVIRAL PARA A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PrEP) NA REDE DE SAÚDE PRIVADA, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA.**

### Contextualização

A Profilaxia Pré-Exposição ao vírus do HIV (PrEP) compreende o uso preventivo de antirretrovirais orais **antes** da exposição ao HIV, reduzindo em até 95% a possibilidade da pessoa se infectar com o vírus. Ela está inserida dentro da mandala de prevenção combinada do HIV. Sendo assim, é mais um método a ser utilizado conjuntamente com os demais métodos de prevenção. Ressaltamos que nenhuma intervenção de prevenção isolada é capaz de diminuir os riscos de infecção.

A PrEP se apresenta como uma estratégia eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de contaminação pelo HIV. A mesma tem sido uma excelente ferramenta no alcance da meta 90-90-90 da UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), e no controle da epidemia no mundo até 2030.

Diante disso, o Ministério da Saúde no dia 08 de dezembro de 2021, por meio do OFÍCIO CIRCULAR Nº 31/2021/CGAHV/DCCI/SVS/MS (disponível em: [http://azt.aids.gov.br/OFICIO\\_CIRCULAR\\_N\\_31\\_2021\\_CGAHV\\_DCCI\\_SVS\\_MS.pdf](http://azt.aids.gov.br/OFICIO_CIRCULAR_N_31_2021_CGAHV_DCCI_SVS_MS.pdf)) informou sobre “*a possibilidade de prescrição da PrEP no privado e a retirada do medicamento nas UDM SUS passando a ser autorizada em todos os estados e o Distrito Federal*”.

Objetivando a inserção dessa nova estratégia de prevenção a secretaria municipal de saúde de Goiânia (SMS Goiânia), por meio da superintendência de vigilância em saúde (SUVIG), estabelece as diretrizes e o fluxograma de prescrições e dispensação da PrEP no setor privado, no âmbito municipal.

### População Alvo

- Indivíduos maiores de 18 anos, residentes no município de Goiânia (GO), e que fazem parte dos segmentos da população que apresentam vulnerabilidades específicas e maiores risco de contaminação pelo HIV, conforme a descrição da figura 1.

**Figura 1.** Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação de PrEP.

SEGMENTOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS	DEFINIÇÃO	CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE PREP
<b>GAYS E OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH)</b>	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses
<b>PESSOAS TRANS</b>	Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos: homens e mulheres transsexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários	E/OU  Episódios recorrentes de infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)  E/OU  Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
<b>PROFISSIONAIS DO SEXO</b>	Homens, mulheres e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente	
<b>PARCERIAS SORODISCORDANTES PARA O HIV</b>	Parceria heterossexual ou na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não	Relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem preservativo.

Fonte: PCDT PrEP/DCCI/SVS/SMS

### Profissionais Prescritores da PrEP no Setor Privado

Profissionais médicos que estejam com o CRM ativo, independente da especialidade.

### Consulta Inicial para a PrEP

Na consulta inicial da PrEP é necessário a avaliação dos critérios de elegibilidade, avaliação das situações de vulnerabilidades e riscos envolvidos nas práticas sexuais. Sendo eles:

- 1. Abordagem sobre gerenciamento de risco** – práticas sexuais; histórico de saúde sexual e reprodutiva; contextos de vulnerabilidade e de exposições ao HIV;
- 2. Avaliação do entendimento e motivação para início da PrEP<sup>1</sup>;**
- 3. Avaliação da indicação de Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)<sup>2</sup>;**
- 4. Excluir possibilidade de Infecção pelo HIV** – Teste não reagente para HIV e avaliação clínica. O teste de rápido de Fluído Oral ou auto-teste não devem ser realizados na primeira consulta. E em caso de suspeita clínica de infecção aguda pelo HIV, deve-se proceder à realização de teste de carga viral do HIV, a fim de estabelecer o diagnóstico.
- 5. Avaliação, testagem e tratamento das IST;**
- 6. Testagem para hepatites virais e avaliação da vacinação para hepatite B;**
- 7. Avaliação da função renal e hepática** - PrEP não está indicada para indivíduos com ClCr  $\leq 60$  mL/min.

### Esquema Antirretroviral (ARV) para PrEP

Dose fixa de tenofovir associado à entricitabina (TDF<sub>300mg</sub>+FTC<sub>200mg</sub>), um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo.

**IMPORTANTE:** Para relações anais, são necessários cerca de 7 (sete) dias de uso de PrEP para alcançar a proteção. Para relações vaginais, são necessários aproximadamente 20 (vinte) dias de uso. Sendo importante ressaltar que a PrEP não deve ser um método isolado de prevenção e que deve ser utilizada em conjunto com os demais métodos de prevenção.

### Primeira Dispensação do ARV para PrEP

A primeira prescrição será para 30 dias. A farmácia dispensadora da rede pública **NÃO dispensará medicação superior a 30 comprimidos** para paciente de primeira vez, mesmo que a prescrição médica indique o contrário.

O médico prescritor da PrEP deverá preencher, assinar e entregar ao paciente as **DUAS** fichas a seguir:

<sup>1</sup> A PrEP não substitui os demais métodos de prevenção, não prevenindo contra outras ISTs e Hepatites Virais e medidas adicionais (como a imunização contra Hepatite B e uso regular de preservativos) devem ser adotados mesmo com o uso da medicação.

<sup>2</sup> Maiores informações buscar em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>. Paciente com histórico recorrente de uso de PEP são candidatos ao uso da PrEP.

### **SICLOM – PrEP RESUMIDA- Cadastro Paciente PrEP (Anexo I):**

Esta ficha deve ser impressa (disponível no site:

[http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php), preenchida, carimbada e assinada pelo médico prescritor. No site acima há a versão editável, podendo ser preenchida online e enviada com assinatura digital com certificado ICP Brasil. Recomendamos o preenchimento de todos os campos, no entanto os campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório. O não preenchimento dos campos obrigatórios poderá ser motivo de não dispensação do ARV ao paciente. Esta ficha deverá ser preenchida somente na primeira consulta (consulta de triagem). Pacientes com esta ficha rasgada ou rasurada terão sua prescrição negada.

### **SICLOM – PrEP RESUMIDA- Ficha de Atendimento PrEP (Anexo II):**

Esta ficha deve ser impressa (disponível no site:

[http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php), preenchida, carimbada e assinada pelo médico prescritor. No site acima há a versão editável, podendo ser preenchida online e enviada com assinatura digital com certificado ICP Brasil. Recomendamos o preenchimento de todos os campos, no entanto os campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório. O não preenchimento dos campos obrigatórios poderá ser motivo de não dispensação do ARV ao paciente. Esta ficha deverá ser preenchida em TODAS AS CONSULTAS QUE HOUVER PRESCRIÇÃO DE ARV PARA PrEP. Pacientes com esta ficha rasgada ou rasurada terão sua prescrição negada.

### **Consulta de Retorno para a PrEP**

É obrigatório que a primeira consulta de retorno ocorra no período máximo de 30 dias após consulta inicial para que seja possível a continuidade da dispensação do ARV para PrEP.

### **Continuidade da Dispensação do ARV para PrEP**

A prescrição médica de ARV para PrEP pode ser realizada para até 90 dias, podendo durante a situação de pandemia da COVID-19, ser dispensada para até 120 dias (Ofício Circular N° 13/2020/CGAHV/DCCI/SVS/MS, autorizou a dispensa de ARV para a PrEP: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-132020cgahvdccisvsm>.)

No entanto, a dispensação poderá ocorrer de forma fracionada, a depender do estoque na unidade ou a critério do farmacêutico. **Sendo que a dispensa mínima será para 30 dias.**

O médico prescritor da PrEP deverá preencher, assinar e entregar ao paciente a ficha a seguir:

#### **SICLOM – PrEP RESUMIDA- Ficha de Atendimento PrEP (Anexo II):**

Esta ficha deve ser impressa (disponível no site:

[http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php)), preenchida, carimbada e assinada pelo médico prescritor. No site acima há a versão editável, podendo ser preenchida online e enviada com assinatura digital com certificado ICP Brasil.

Recomendamos o preenchimento de todos os campos, no entanto os campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório. O não preenchimento dos campos obrigatórios poderá ser motivo de não dispensação do ARV ao paciente. Esta ficha deverá ser preenchida em TODAS AS CONSULTAS QUE HOUVER PRESCRIÇÃO DE ARV PARA PREP. Pacientes com esta ficha rasgada ou rasurada terão sua prescrição negada.

#### **Consultas de Seguimento para a PrEP**

É recomendado que as demais consultas para avaliação clínica e laboratorial do paciente em PrEP siga a periodicidade conforme a figura 2.

#### **IMPORTANTE:**

- É obrigatória a testagem para HIV (anti-HIV ou teste rápido) a cada retorno de consulta ou nova prescrição de ARV para PrEP.
- **Não será dispensada medicação cuja data de realização do exame seja superior a 7 (sete) dias** (devendo estar anotado na ficha SICLOM PrEP resumida – atendimento PrEP), sendo de inteira responsabilidade do médico prescritor a realização, certificação da testagem no período determinado e as orientações quanto a dispensa da medicação conforme esta nota técnica.
- A UDM/CRDT é a responsável por receber as fichas SICLOM – PrEP Resumida (cadastro e atendimento PrEP) e digitá-las no SICLOM.

**Figura 2.** Seguimento clínico e laboratorial recomendado para pessoas em uso de PrEP no setor privado de saúde.

SEGUIMENTO DE PrEP		
Avaliações	Periodicidade	
<b>Avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda</b>	Trimestral (toda consulta de PrEP)	
<b>Peso do paciente (quilogramas)</b>	Trimestral	
<b>Avaliação de eventos adversos à PrEP</b>	Trimestral	
<b>Avaliação de adesão</b>	Trimestral	
<b>Avaliação de exposição de risco</b>	Trimestral	
<b>Dispensação de ARV após prescrição</b>	Trimestral	
Exames	Método	Periodicidade
<b>Teste para HIV</b>	Teste rápido para HIV, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma	Trimestral (toda consulta de PrEP)
<b>Teste para sífilis</b>	Teste treponêmico de sífilis (ex. teste rápido ou ELISA) ou não treponêmico (ex.: VDRL ou RPR ou Trust)	Trimestral
<b>Identificação de outras IST (clamídia e gonococo)</b>	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. ex.: cultura)	Semestral (ou mais frequente em caso de sintomatologia)
<b>Teste para hepatite B, em caso de não soroconversão da vacina</b>	Pesquisa de HBsAg (ex.: TR) e anti-HBs	A depender da soroconversão da vacina para HBV
<b>Teste para hepatite C</b>	Pesquisa de anti-HCV (ex.: TR)	Trimestral
<b>Monitoramento da função renal</b>	<i>Clearance</i> de creatinina  Dosagem de ureia e creatinina  Avaliação de proteinuria (amostra isolada de urina)	Trimestral
<b>Monitoramento da função hepática</b>	Enzimas hepáticas (AST/ALT)	Trimestral (ou quando necessário)

Fonte: PCDT PrEP/DCCI/SVS/SMS

## Avaliação de Interações Medicamentosas

A figura 3 apresenta as principais interações medicamentosas com TDF/FTC. Informações adicionais poderão ser consultadas na bula do medicamento.

**Figura 3.** Interações medicamentosas com o TDF/FTC

MEDICAMENTOS	INTERAÇÃO COM TDF/FTC	COMENTÁRIO
<b>Analgésicos</b>		
Ácido acetil salicílico	Evitar	Risco de nefrotoxicidade com TDF. Monitorar função renal
Ibuprofeno	Evitar	
Naproxeno	Evitar	
<b>Antiarrítmicos</b>		
Cloridrato de amiodarona	Cautela	
<b>Anticonvulsivantes</b>		
Topiramato	Evitar	
<b>Antidepressivos</b>		
Carbonato de lítio	Evitar	
<b>Antifúngicos</b>		
Anfotericina B	Evitar	
Cetoconazol	Cautela	
Itraconazol	Cautela	
<b>AntipROTOZOÁRIOS</b>		
Isetionato de pentamidina	Evitar	
Pirimetamina	Evitar	
<b>Antivirais</b>		
Aciclovir	Evitar	
Adefovir	Contraindicado	
Telaprevir	Cautela	
<b>Bloqueadores de canal de cálcio</b>		
Cloridrato de verapamil	Cautela	
Metotrexato	Evitar	
<b>Citotóxicos</b>		
Metotrexato	Evitar	
<b>Anti-hipertensivos e agentes cardiovasculares</b>		
Furosemida	Cautela	
Cloridrato de hidralazina	Evitar	
<b>Imunomoduladores</b>		
Hidroxiureia	Evitar	
Interferon alfa	Evitar	
Interferon peguilado alfa-2a	Evitar	
<b>Imunossupressores</b>		
Ciclosporina	Cautela	
Micofenolato de mofetila	Cautela	
Sirolimo	Cautela	
Tacrolimo	Cautela	
<b>Outros</b>		
Acetazolamida	Cautela	
Piridostigmina	Cautela	

FONTE: PCDT PrEP/DCCI/SVS/MS – disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>

## Interrupção do Seguimento do paciente em PrEP

A PrEP deverá ser interrompida nos seguintes casos:

- Diagnóstico de infecção pelo HIV;

- Desejo da pessoa de não mais utilizar a medicação;
- Mudança no contexto de vida, com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção;
- Persistência ou a ocorrência de eventos adversos relevantes;
- Baixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão.

Para usuários que interromperem o uso de PrEP, orienta-se realizar o teste anti-HIV no período de 4 semanas após a interrupção da profilaxia.

### Capacitação sobre PrEP

“Profilaxia Pré Exposição (PrEP) de Risco de Infecção pelo HIV: Capacitação para Profissionais de Saúde” disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=319>, certificado pelas instituições FIOTEC / UFRN / LAIS / MS.

### Informações Importantes para o Paciente Residente em Goiânia

**A medicação só será entregue na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT), localizado a Av. 87 esquina com a Rua 87-A, nº 499 - Setor Sul.**

**Horário: De segunda a sexta das 07:30 h às 17:30 h.**

#### **O ARV só será entregue mediante apresentação do (a):**

1. Fichas SICLOM – PrEP RESUMIDA- Cadastro Paciente PrEP e SICLOM – PrEP RESUMIDA- Ficha de Atendimento PrEP preenchidas, carimbadas e assinadas pelo médico prescritor (sem rasura ou rasgada) ;
2. Documento pessoal com foto e comprovante de endereço atualizado (inferior a 3 meses);
3. Constar na ficha SICLOM – Ficha de Atendimento PrEP anotação do resultado de teste para o HIV não reagente (negativo) e data de coleta inferior ou igual a 7 dias da liberação do ARV.

**Atenção:** a primeira dispensa deve ser para 30 dias. Após esse retorno e dispensa de 30 dias, as dispensas e consultas podem passar para a regularidade trimestral.

## Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. OFÍCIO CIRCULAR N° 31/2021/CGAHV/DCCI/SVS/MS de 08 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a “Ampliação da dispensa de PrEP no SUS para o sistema privado de todos os estados e DF”. Disponível em: [http://azt.aids.gov.br/OFICIO\\_CIRCULAR\\_N\\_31\\_2021\\_CGAHV\\_DCCI\\_SVS\\_MS.pdf](http://azt.aids.gov.br/OFICIO_CIRCULAR_N_31_2021_CGAHV_DCCI_SVS_MS.pdf)

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. WEBINAR: PREP - a pílula de prevenção ao HIV (atualização das recomendações). Exibição dia 03 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RtYGtMnMEbY>.

**Anexo I- Formulário de Cadastramento de Usuário SUS – PrEP**
**01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP**

AGOSTO/2021

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - Prontuário	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*	9 - País de Nascimento*	10 - Nacionalidade*	
11 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente		12 - Residência do estrangeiro	
13 - UF*	14 - Cidade de Nascimento*	15 - Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	16 - Órgão Genital de Nascimento* <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis
17 - Orientação Sexual* <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual		18 - Identidade de Gênero* <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário	
19 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Amarela	20 - Escolaridade <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos	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 <input type="radio"/> não
23 - Endereço:		24 - Bairro	
25 - CEP			
26 - UF*	27 - Cidade de Residência*	28 - E-mail	
29 - Telefone para contato (DDD+Número)		30 - Em atendimento no serviço de saúde: <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	
31 - Responsável pelo Preenchimento Data: ___/___/___		32 - Usuário SUS Data: ___/___/___	
(carimbo e assinatura)		(assinatura)	

**Anexo 2 – Ficha de Atendimento para PrEP**
**02 - Ficha de Atendimento para PrEP**

FEVEREIRO/2022

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - Prontuário	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*	9 - Exame para HIV* Tipo <input type="radio"/> Autoteste* <input type="radio"/> Teste rápido <input type="radio"/> Sorologia	Resultado <input type="radio"/> Reagente** <input type="radio"/> Não reagente	Data da realização do exame: ____/____/____
10 - Planejamento Reprodutivo* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/> não se aplica		11 - Está Gestante? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/> não se aplica	12 - Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? * <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
13 - Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Serviço Privado		*O autoteste não está recomendado para inicio da PrEP **Se reagente a PrEP não está recomendado – Iniciar TARV	
<b>AUTO RELATO DE ADESÃO</b>			
14 - Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar? * ____ nº. Comprimidos (0 a 30) *se mais que 1 comprimido, preencher a questão 13			
15 - Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos da PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas <input type="checkbox"/> Outro			
<b>CONDUTA FINAL</b>			
16 - Prescrição para PREP* TDF/FTC – apto para:	<input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias	17 - Origem do acompanhamento médico: <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	
18 - autoteste de HIV para entregar para pares/partneras sexuais	<input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04 <input type="radio"/> 05		
19 - Prescritor	CRM: _____		
Data: ____/____/____	COREN: _____	(Carimbo e assinatura)	
20 - Retirada do medicamento			
1ª dispensação			
Data: ____/____/____	(Assinatura do farmacêutico)		(Assinatura do usuário)
Dispensação para ____ dias			
2ª dispensação			
Data: ____/____/____	(Assinatura do farmacêutico)		(Assinatura do usuário)
Dispensação para ____ dias			
3ª dispensação			
Data: ____/____/____	(Assinatura do farmacêutico)		(Assinatura do usuário)
Dispensação para ____ dias			
4ª dispensação			
Data: ____/____/____	(Assinatura do farmacêutico)		(Assinatura do usuário)
Dispensação para ____ dias			