

Anexo nº 4:

**- Via do serviço**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS PARA PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

Nome completo:

\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino

Medicamentos antirretrovirais:

tenofovir 300mg + lamivudina300mg - 1 cp por dia ..... cps

atazanavir 300mg - 1cp por dia ..... cps

ritonavir 100mg - 1cp por dia ..... cps

Data: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico prescritor

Dispensador

(carimbo/assinatura)

(nome completo)

**- Via do usuário**

INFORMAÇÕES PARA O USUÁRIO EXPOSTO:

Medicamentos/posologia:

1. tenofovir 300mg + lamivudina300mg - 1 cp por dia
2. atazanavir 300mg - 1cp por dia
3. ritonavir 100mg - 1cp por dia

Não esqueça:

# Faça o tratamento durante quatro semanas. Não interrompa, pois o mesmo só terá efeito se realizado até o final.

# Na ocorrência de efeitos colaterais, que são pouco frequentes a curto prazo, procure o médico/serviço que lhe indicou o tratamento.

# Realize os exames recomendados nas datas definidas (30 e 90 dias).

# Use preservativo durante 90 dias, pelo menos.