



RioSaúde

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**DISPENSAÇÃO DE KIT PEP –
PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO**

RIO DE JANEIRO, 2025

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.FARM.006	01/2025	01/2029	2/10

DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
 - 6.1. Atendimento inicial
 - 6.2. Orientação após 72h de exposição
 - 6.3. Dispensação de kit
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
 - 11.1. Anexo I – Formulário de Solicitação de Medicamentos - PEP

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
03/2024	Emissão Inicial	01/2029
01	Versão	

APROVAÇÕES

REVISÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Bárbara Rottas	Allan Novaes	Guilherme Santana	Zorahyde Pires Cristiane Pacheco	Dr. Bruno Sabino

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.FARM.006	01/2025	01/2029	3/10
DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

1. INTRODUÇÃO

A PEP (Profilaxia Pós Exposição) é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha); e acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).

O KIT PEP para HIV está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1999. Atualmente, é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV.

Os medicamentos antirretrovirais constantes no KIT para HIV devem ser tomados durante 28 dias, sem interrupção, sob orientação médica após avaliação do risco. O início desse tratamento deve ser iniciado, preferencialmente, nas primeiras duas horas após a exposição de risco e no máximo 72 horas.

2. OBJETIVO

Padronizar a dispensação de medicamentos antirretrovirais de acordo com a portaria MS 344/98 para profilaxia pós-exposição (acidente ocupacional, exposição sexual consentida e violência sexual), para usuários e profissionais da unidade.

3. ABRANGÊNCIA

Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Coordenação de Emergências Regionais e Maternidade geridos pela RIOSAÚDE.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.FARM.006	01/2025	01/2029	4/10
DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

4.1. Definições

Não se aplica.

4.2. Siglas

ARV - Antirretroviral

HIV - Imunodeficiência Humana

PEP - Profilaxia Pós Exposição

UDM - Unidade Dispensadora de Medicamentos

5. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
5.1. Realização dos testes rápidos	Equipe de Enfermagem
5.2. Prescrição do KIT PEP através do preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamentos PEP	Médico
5.3. Conferência do formulário e dispensa do KIT PEP	Farmacêutico/Técnico de farmácia
5.4. Solicitação de reposição do KIT dispensado	Farmacêutico

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.FARM.006	01/2025	01/2029	5/10
DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. Atendimento Inicial

No atendimento inicial, após a exposição ao HIV, é necessário que o (a) profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição. Didaticamente, quatro informações direcionam o atendimento para decisão da indicação ou não da PEP: se o material biológico é de risco para transmissão do HIV; se o tipo de transmissão é de risco para a transmissão; se o tempo transcorrido entre a exposição e atendimento é menor que 72 horas; e se a pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento.

1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
4. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

Se todas as respostas forem SIM, a PEP para HIV está indicada.

Quadro 1: Os quatro passos da avaliação para PEP. Fonte: DCCI/SVS/MS.

Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à presença da pessoa-fonte.

Quando recomendada a PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido, o esquema antirretroviral preferencial indicado para homens e mulheres deve ser 1 (um) frasco de Tenofovir/Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) e 1 (um) frasco de Dolutegravir 50mg (DTG). O esquema preferencial de PEP inclui combinações de três ARV, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.FARM.006	01/2025	01/2029	6/10
DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

de nucleosídeo (ITRN) associados a outra classe (inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo – ITRNN, inibidores da protease com ritonavir – IP + RTV ou inibidores da integrase – INI) (WHO, 2016).

6.2. Orientação após 72h de exposição

Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico na atenção primária.

6.3. Dispensação do Kit

O KIT é disponibilizado para usuários, inclusive profissionais da unidade, que forem expostos às situações citadas.

A dispensação do KIT é feita a partir da entrega do Formulário de Solicitação de Medicamentos (Anexo I), devidamente preenchido, na farmácia.

O farmacêutico ou técnico de farmácia deverá conferir todas as informações preenchidas no formulário.

A dispensa será feita em conjunto com o esclarecimento de todas as dúvidas do usuário relacionadas à administração do mesmo.

Após a dispensa, o farmacêutico deverá seguir o fluxo de reposição do KIT dispensado conforme fluxo definido pela Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) da região.

Vale ressaltar que, há esquemas alternativos para PEP, porém o KIT disponível nas unidades abrangidas neste documento é o esquema preferencial (Tenofovir/Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) e 1 (um) frasco de Dolutegravir 50mg (DTG)).

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.FARM.006	01/2025	01/2029	7/10
DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Anexo I - Formulário de Solicitação de Medicamentos - PEP

8. REFERÊNCIAS

- PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV). Ministério da Saúde. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicita%C3%A7%C3%A3o_Medicamentos_PEP_NOVEMBRO__2024NOVO%20MODELO_Com_pront.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS. Brasília - DF 2021.

9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
Testes Rápidos (INTEGRA)	18.01.01.012	Expediente de registros de sistematização da assistência de enfermagem	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AG-CRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Formulário de Solicitação de Medicamentos PEP	18.03.01.003	Formulário de solicitação de antirretrovirais	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AG-CRJ nº 02, de 31

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.FARM.006	01/2025	01/2029	8/10

DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

						de janeiro de 2022)
Solicitação de reposição do KIT	18.03.02.009	Expediente de registros da dispensação farmacêutica	Ostensivo	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AG-CRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Versão	Alteração	Data	Elaboração/Revisão	Validação	Aprovação
00	Emissão inicial	01/03/2024	Bárbara Rottas Maria Augusta Xavier	Robert Grossi Rafael Alvim Gustavo Dias	Dr. Daniel da Mata
01	Alteração para o novo formulário de solicitação de medicamentos	14/01/2025	Bárbara Rottas	Allan Novaes	Dr. Bruno Sabino

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO
POP.FARM.006

DATA
01/2025

REVISÃO
01/2029

PÁGINAS
9/10

DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

11. ANEXOS

11.1. Anexo I – Formulário de Solicitação de Medicamentos – PEP

SUS+ FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PEP			
Cadastro Serviço	1. Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> OCTA <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Extramuros <input type="radio"/> Serviço de urgência ou emergência <input type="radio"/> Teleatendimento		2. Origem do acompanhamento* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
	3. CNES do Serviço de Atendimento		
Cadastro Usuário	5. CPF*		6. CNS – Cartão Nacional de Saúde
	7. Prontuário		8. Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
	9. Nome Completo do Usuário - Civil*		
	10. Nome Social		
	11. Nome Completo da Mãe*		
	12. Data de Nascimento*		13. Raça/cor* <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Ignorada
	14. Sexo atribuído ao Nascimento* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo		15. 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
	16. Orientação Sexual* <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica		17. UF de Nasc.*
	18. Cidade de Nascimento*		19. País de Nascimento*
	20. Nacionalidade*		21. Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Não residente
22. Habitante de fronteira <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		23. UF de Residência*	
24. Cidade de Residência*		25. Gestante* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
26. Escolaridade* <input type="radio"/> Nenhum/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos		27. Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	
28. Pessoa privada de liberdade no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		29. Permite Contato* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
30. Tipo de telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular		31. Telefone para contato (DDD-Número)	
32. Observações:			
33. E-mail			
Exposição	34. Circunstância da Exposição* <input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual		35. Data da exposição*
	36. Teste para HIV* <input type="radio"/> Teste Rápido <input type="radio"/> Autoteste <input type="radio"/> Sorologia		
37. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
38. Esquemas preferenciais para PEP e posologias			
Prescrição	Faixa etária/ou critérios		Esquemas Preferenciais
	Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos		<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) <small>1-30 kg Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)</small>
	0 a 4 semanas (1 mês de vida) ¹		<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)
			<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia
Acima de 4 semanas a 6 anos		<input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital		<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) <small>Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)</small>	
¹ 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: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5			
40. Pessoa fonte multiexperimentada?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe		41. Esquema alternativo?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
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)			
Medicamento		Apresentação	Posologia Diária
43. Prescritor Tipo de conselho: _____ UF do conselho: _____ Data: ___/___/___ Nº do conselho: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>		44. Técnico Responsável pela dispensação Data: ___/___/___ <small>(carimbo e assinatura)</small>	
		45. Recebi em: Data: ___/___/___ <small>(assinatura do Usuário SUS)</small>	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

POP.FARM.006

01/2025

01/2029

10/10

DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.

NOVEMBRO/2024

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 identifica 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 Nascimento:** 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 antiretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor deverá 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 multixperimentada:** Assinalar se pessoa fonte conhecida com histórico de ser multixperimentada a antiretrovirais. (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 multixperimentada ou esquemas alternativos.** Informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária.

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