

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

DOLUTEGRAVIR

Infecção pelo HIV

Em adultos – Portaria SCTIE/MS nº 52 - 23/11/2017 ([Protocolo na íntegra](#))

Em crianças e adolescentes – Portaria SCTIE/MS nº 31 - 01/09/2017 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Apresentação: 50 mg – comprimido

CID-10: B20

Esquema terapêutico recomendado:

Adultos e crianças (acima de 12 anos e com mais de 40 kg), virgens de tratamento, com exceção a gestantes e coinfetados Tuberculose/HIV: um comprimido, uma vez ao dia (em associação tenofovir 300mg + lamivudina 300 mg).

Responsável pelo financiamento: Ministério da Saúde

Observações:

Conservar em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C), protegido da luz e umidade.

Mais informações: [Nota Informativa nº 75/2016 – DDAHV-SVS-MS](#)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Solicitação do Medicamento

Documentos necessários para cadastramento no SUS

O cadastramento dos usuários no SUS é obrigatório para a dispensação dos medicamentos antirretrovirais.

1. [Formulário de cadastramento de usuário SUS](#) original, preenchido de forma legível, sem rasuras e assinado.
2. Um dos seguintes documentos pessoais do paciente, original:
 - Documento de identidade (RG);
 - Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
 - Passaporte;
 - Carteira de trabalho;
 - Carteira de registro de classe profissional.

Para pacientes menores de idade ou considerados incapazes para autocuidado:

- Um dos seguintes documentos pessoais do representante legal, original: documento de identidade (RG); carteira Nacional de Habilitação (CNH); passaporte; carteira de trabalho; carteira de registro de classe profissional.
- Documento pessoal do paciente, original: certidão de nascimento OU documento expedido pelo órgão público.

Documentos necessários para dispensação do medicamento

1. Prescrição original elaborada de forma correta, legível e sem rasuras, em uma via, assinada pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. [Formulário de solicitação de medicamentos – tratamento](#), preenchido de forma completa, legível, e sem rasuras, em uma via, assinado pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

O formulário de solicitação de medicamentos – tratamento tem validade por um período de 30, 60, 90, 120, 150 ou 180 dias, conforme indicação do médico responsável pelo atendimento ao paciente.

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a uma das [Unidades Dispensadoras de Medicamentos \(UDM\)](#) para entrega dos documentos e retirada dos medicamentos.

A Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) avaliará a possibilidade de dispensação do medicamento para períodos superiores a 30 dias de tratamento (e no máximo 90 dias de tratamento), conforme disponibilidade do medicamento em estoque.