

## Recomendações para Profilaxia das IST's em situação de violência sexual

### Profilaxias das IST's não virais em vítimas de violência sexual

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão em cada glúteo) em dose única	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões de ui)
Gonorreia	Ceftriaxona+ azitromicina	Ceftriaxona: 500mg, 1 ampola, IM, dose única <b>Mais</b> Azitromicina 500 mg 2 comprimidos, VO, dose única (total dose 1g)	Ceftriaxona 125 ng, IM, dose única <b>Mais</b> Azitromicina: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total 1g)
Infecção por clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total 1g)
Tricomoniase	Metronidazol	500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g) * Não utilizar no 1º trimestre de gestação	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

\* Em pessoas que comprovada a hipersensibilidade aos medicamentos indicados, devem-se utilizar fármacos alternativos conforme PCDT para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis IST que está nas referências abaixo;

\*\* A administração profilática do metronidazol ou suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de PEP;

### Prevenção de gravidez em situação de violência sexual

Apresentação	Posologia
Levonorgestrel 0,75 mg caixa com 2 comprimidos	1 comprimido 12/12 horas até 5 dias após a relação sexual ou 2 comprimidos dose única*

\* A eficácia é sempre maior quanto mais próximo da relação for utilizado.

### Profilaxia do HIV

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição

Esquema preferencial PEP adulto
1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50mg ao dia. Duração por 28 dias

Esquema para PEP preferencial em crianças e adolescentes de acordo com faixa etária		
Faixa Etária	Esquema preferencial	Medicações Alternativas
0-14 dias	AZT+3TC+ RAL	AZT+ 3TC+ NVP
14 dias- 4 semanas	AZT+3TC+ RAL	Impossibilidade do uso oral de RAL: LPV/R
Acima de 4 semanas a 6 anos	AZT+3TC+ DTG 5mg	Impossibilidade do uso de DTG5mg:LPV/R
Acima de 6 anos (mais de 20kg) /adulto	TDF**+3TC+DTG50 mg***	Impossibilidade do uso de DTG 50mg:ATV/r ou DRV/r

\*Peso ≥ 3kg- \*\* Peso ≥ 35 kg \*\*\*≥20kg

### Posologia das medicações ARV na população pediátrica

<p><b>Lamivudina (3TC)</b></p> <p>RN com 34 semanas de idade gestacional ou mais e &lt; 30 dias de vida: 2 mg/kg/dose 12/12 horas &gt;30 dias: 4mg/kg/dose 12/12 h (dose máxima 300mg/dia) ≥12 anos: 150 mg 12/12 h</p>	<p><b>Dolutegravir (DTG)</b></p> <p>&gt; 20 kg: 50 mg 1 xdia</p>
<p><b>Atazanavir+ ritonavir (ATV/r)</b></p> <p>Cápsulas 300/100 mg ≥ 40kg:1 CP 1x ao dia</p>	<p><b>Nevirapina (NVP) uso neonatal: na PEP deve ser utilizada durante 14 dias</b></p> <p>Peso nascimento 1,5 a 2 kg: 8 mg (0,8ml) /dose12/12 h Peso do nascimento &gt;2 kg:12 mg (1,2ml) /dose 12/12 horas Peso de nascimento &lt;1,5 kg: não usar NVP</p>
<p><b>Raltegravir (RAL)</b></p> <p>Comprimidos mastigáveis 100 mg 14 kg a &lt;20 kg: 100mg 12/12 horas 20 kg a &lt; 28 kg: 150 mg 12/12 horas 28 kg a &lt;40 kg: 200mg 12/12 horas &gt;40 kg:300 mg12/12 horas Comprimidos 400 mg ≥25 kg:400mg 2xdia Granulado100mg/sachê</p> <p>RN com 37 semanas de idade gestacional ou mais:1ª semana 1,5mg/kg 1X/dia; da 2ª a 4ª semana, 3mg/kg/dose 2x/dia ≥4ª semana:6mg/kg/dose 2xdia</p>	<p><b>Zidovudina (AZT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose 12/12h</li> <li>. RN com 30 a 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/kg 12/12 h a partir do 15ª dia</li> <li>. RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais (até 4kg):4mg/kg/dose 4 kg a 9 kg: 12mg/kg/dose 12/12 h 9 a 30 kg: 9mg/kg dose 12/12h ≥30 kg:300mg 12/12h</li> </ul>
<p><b>Lopinavir/ ritonavir (LPV/r) Solução oral: 80/20mg/ml</b></p> <p>≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m<sup>2</sup> 12/12 h 1 mês a 6 meses: 1ml 12/12h 6 a 12 meses: 1,5ml 12/12h 1 a 3 anos: 2 ml 12/12 h 3 a 6 anos: 2,5ml 12/12 h 6 a 9 anos: 3 ml 12/12h 9 a 14 anos: 4 ml 12/12h</p>	<p><b>Lopinavir/ ritonavir (LPV/r) Comprimido infantil: 100mg/25 mg</b></p> <p>10kg a 13,9kg: 2 cp de manhã e 1 á noite 14 kg a 19,9 kg: 2 cp de manhã e 2 á noite 20 kg a 24,5 kg: 3 cp de manhã e 2 á noite 25 kg a 29,5 kg: 3 cp manhã e 3 á noite 35 kg: 400mg/100mg de 12/12h</p>

Para as crianças que foram amamentadas por pessoa-fonte com risco de transmissão de HIV, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação e cuidados com a mama, extração e descarte do leite ordenhado, enquanto realiza investigação diagnóstica.

### Profilaxia de Hepatite B

Se a vítima não for vacinada ou estiver com vacinação incompleta contra hepatite B, deve ser vacinada ou completar a imunização. Para pessoas presumidamente suscetíveis, expostas a pessoas infectadas pelo HBV (HBsAg reagente) ou pertencentes a grupos de alto risco de infecção pelo HBV (pessoas que usam drogas, por exemplo) por agressão sexual, está indicada a administração de IGHAB e vacina hepatite B recombinante (HB) o mais precocemente possível (preferencialmente nas primeiras 24horas), as quais podem ser utilizadas até, no máximo, 14 dias depois da exposição, em locais anatômicos diferentes

## Profilaxia HPV

**Pessoas de 9 a 14 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes vítimas de violência sexual** – esquema de 2 doses conforme Calendário Nacional de Vacinação de rotina. Administrar 2 (duas) doses da vacina com intervalo de 6 (seis) meses entre a primeira e a segunda dose (0 e 6 meses);

**Pessoas de 15 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes vítimas de violência sexual** – esquema de 3 doses, administrar 2(duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

**Pessoas de 9 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino nas indicações especiais (vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, imunossuprimidos por doenças e/ou tratamento com drogas imunossupressoras) vítimas de violência sexual** - esquema de 3 doses, administrar 2 (duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

Ressalta-se que as pessoas previamente vacinadas (esquema completo) não necessitarão de doses suplementares. Aquelas com esquema incompleto deverão receber as doses necessárias para completar seu esquema vacinal.

### Fluxos e Considerações sobre os medicamentos:

- 1) Os medicamentos para profilaxia do HIV estão disponíveis na farmácia da 21ª regional de saúde que funciona de segunda a sexta das 08- 17 horas - telefone (42) 3273-3311- endereço Rua Vice Prefeito Reginaldo Nocera, nº137 Centro;
- 2) Aos finais de semana, feriados e a noite a farmácia da regional de saúde trabalha em regime de plantão para atender a essas demandas- Telefone do plantão da regional de saúde 24 horas- 42 8882-5049 (ligação e whatsapp)
- 3) Em caso de esquema de criança entrar em contato com a farmácia da regional previamente antes da prescrição e verificar qual esquema/dose disponível no momento;
- 4) Para prescrição dos medicamentos para profilaxia do HIV o formulário de solicitação precisa estar corretamente e completamente preenchido acompanhado de receita médica;
- 5) Os antibióticos podem ser retirados na farmácia central ou na farmácia da unidade de pronto atendimento;
- 6) Pílula do dia seguinte (levonogestrel 0,75 mg) tem disponível nas farmácias das UBS e na UPA;
- 7) Caso de dúvidas ou maiores informações sobre o assunto consultar os protocolos clínicos do ministério da saúde nos links abaixo.
- 8) O ideal é que o formulário de solicitação de medicamentos antirretrovirais PEP seja impresso do próprio site do ministério da saúde considerando as atualizações constantes: Site <http://azt.aids.gov.br/> -> documentos ou [http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php)

### Referências:

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília, 2022 Acesso: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** – Brasília, 2021 Acesso: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot\\_clinico\\_diretrizes\\_terap\\_pep\\_risco\\_infeccao\\_hiv\\_ist\\_hv\\_2021.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/view)

Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Nota Técnica nº 63/2023. **Inclusão de vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, para pessoas de nove a 45 anos de idade, ainda não vacinados contra HPV.** Acesso: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/arquivos/nota-tecnica-63-2023-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>

Formulários para solicitação de antirretrovirais: [http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php)

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 - UF de Nascimento*	10 - Cidade de Nascimento*	11 - País de Nascimento*
-------------------------	-----------------------	----------------------------	--------------------------

12 - Nacionalidade*	13 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente
---------------------	---

14 - UF de Residência*	15 - Cidade de Residência*	16 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorada
------------------------	----------------------------	--

17 - Escolaridade* <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> Ignorada	18 - Sexo atribuído ao Nascimento <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo	19 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual	20 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Não binário
--	--	---	---

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, álcool <input type="radio"/> Sim, outras drogas <input type="radio"/> Sim, álcool e outras drogas <input type="radio"/> Não	23 - Gestante* <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	24 - Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	25 - Pessoa privada de liberdade no momento* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	26 - Data da exposição*
--	---	---	---	---	-------------------------

27 - Circunstância da Exposição:* <input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual	28 - Origem do acompanhamento médico.* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
---	---

29 - Serviço de atendimento\*  Atenção Primária  Serviço Especializado  Serviço de urgência ou emergência  CTA

30 - CNES do Serviço de Atendimento	31 - Nome do Serviço de Atendimento
-------------------------------------	-------------------------------------

32 - Pessoa fonte multixperimentada e/ou esquema alternativo?\*  
(Se sim informar no campo abaixo a prescrição legível)  Sim  Não  Não sabe

**33 – Esquemas preferenciais para PEP e posologias**

Faixa etária/ou critérios	Esquemas terapêutico/posologias
Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos	<input type="radio"/> <b>Tenofovir / Lamivudina</b> 300mg/300mg (TDF/3TC) + <b>Dolutegravir</b> 50mg (DTG) <small>≥ 35 kg <span style="margin-left: 150px;">≥ 20 kg</span></small> Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)
0 a 4 semanas (1 mês de vida)	<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)
Acima de 4 semanas a 6 anos	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	<input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia
Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital	<input type="radio"/> <b>Tenofovir / Lamivudina</b> 300mg/300mg (TDF/3TC) + <b>Dolutegravir</b> 50mg (DTG) Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)

Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multixperimentada e/ou esquemas alternativos.\*  
(informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária)

Medicamento	Apresentação	Posologia Diária

34 - Prescritor  
Tipo de conselho \_\_\_\_\_  
UF do conselho: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ N° do conselho \_\_\_\_\_  
  
(carimbo e assinatura)

35 - Técnico Responsável  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
  
(carimbo e assinatura)

36 - Recebi em:  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
  
(assinatura do Usuário SUS)

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.

**DETALHAMENTO DOS CAMPOS**

01. **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.
02. **CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
03. **Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.
04. **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).
05. **Nome Completo do Usuário - Civil:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
06. **Nome Social:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
07. **Nome Completo da Mãe:** Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.
08. **Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.
09. **UF:** Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS.
10. **Cidade de Nascimento:** Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.
11. **País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS.
12. **Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS
13. **Situação do estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.
14. **UF:** Unidade da Federação da residência do usuário SUS.
15. **Cidade de Residência:** Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia.
16. **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.
17. **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"
18. **Órgão Genital de Nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
19. **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).
20. **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).
21. **Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?":** Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.
22. **Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?:** Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses
23. **Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas.
24. **Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.
25. **Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade
26. **Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
27. **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"
28. **Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
29. **Serviço de Atendimento:** Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência e CTA.
30. **CNES do Estabelecimento de Saúde:** Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
31. **Nome do Estabelecimento de Saúde:** Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.
32. **Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquemas alternativos?:** Se sim informar no campo específico a prescrição legível
33. **Esquemas preferenciais para PEP e posologias:** Lista dos Esquemas antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescriptor deveria assinalar um "x" no esquema preferencial.

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	ESQUEMA ALTERNATIVO
<b>Acima de 6 anos/Adultos</b>	TDF** + 3TC + DTG 50mg***	Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r
<b>0-14 dias</b>	AZT + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP
<b>14 dias a 4 semanas</b>	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R
<b>Acima de 4 semanas a 6 anos</b>	AZT + 3TC+DTG 5mg	Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R
Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos. * Peso ≥ 3kg - ** Peso ≥ 35kg *** Peso ≥ 20kg		

34. **Prescritor:** Assinatura e carimbo do prescritor responsável.
35. **Técnico responsável:** Assinatura do técnico responsável pela dispensação.
36. **Recebi em:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.