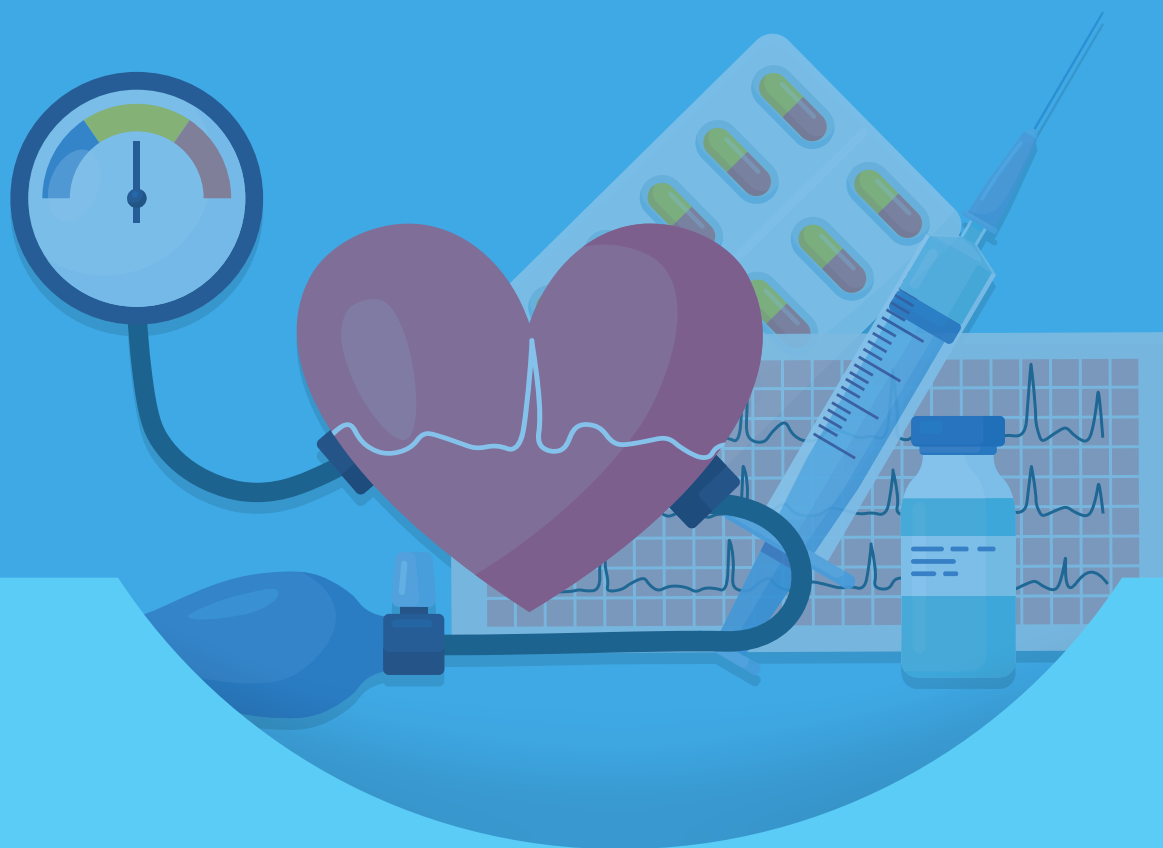




PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS PADRÃO

Módulo 2: Procedimentos Assistenciais

ANEXOS



CURITIBA

Prefeito Prefeitura Municipal de Curitiba

Eduardo Pimentel

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Tatiane Filipak

Superintendência Executiva

Flavia Vernizi Adachi

Superintendência de Gestão

Jane Sescatto

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Juliana Marcon Hencke

Coordenação de Enfermagem

Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto

Elaboração:

Juliana Marcon Hencke

Giseli aparecida Ragugneti de Góes

Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto

Colaboração:

Central de vacinas

Coordenação de Enfermagem

Grupo Técnico da Enfermagem

Coordenação de Odontologia

Coordenação de Recursos Materiais

Departamento de Urgência e Emergência

Enfermeiras da Atenção Primária à Saúde

Laboratório municipal de Curitiba

Vigilância Sanitária

Vigilância em Saúde Ambiental

Aline M. S. V. Zanetti

Ana Cristina Alegretti

Ana Cristina de Camargo

Ana Paula A. Pericano

Andrea C. Bileski

Andrea Matos Ruiz

Carla Daniele de Ramos Brumatti

Claudine F. A. Gonçalves

Danielle Fontoura Teixeira

Elaine Gracia de Quadros Nascimento

Elizandra Claudino do R. Rigoni

Ilze Inês

Janaína Constanski Santos

Juliana de Castro da Cruz

Katiuscia Vanessa W. Schiontek

Ligia Fatima Simões

Maraceli Nicolini

Maria de Lourdes Lopes

Mariane Costa

Maristela C. Wellington

Raquel Luciany Cassapula

Ronald Gielow

Rosana Furman Andreatta

Soraia Shimielski

Suelen C. A. Scarabotto

Tânia Maria dos Santos Pires

Vanessa F. de Paula Laplechade

Vanessa Schweded

Cleiciane de Lima Lucavei

Ac. Enf. Isabelle Maisa Pereira

Ac. Enf. Karin Louise Schramm Püschel

Ac. Enf. Vitória Pionteka Moura Soares

Revisão 2024-2026

Coordenação de Enfermagem

Comitê Municipal de Segurança do Paciente

Assistência Farmacêutica

CURITIBA – 2026

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem Assistência Farmacêutica	  CURITIBA
---	--

Tipo do Documento	FORMULÁRIO	FOR.DAPS.001 - págs.: 1	
Título do Documento	FORMULÁRIO DE REGISTRO DE APLICAÇÃO DE INJETÁVEL NA UNIDADE DE SAÚDE	Emissão: 14/11/2025	Próxima Revisão:
		Versão: 2	14/11/2026

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE APLICAÇÃO DE INJETÁVEL NA UNIDADE DE SAÚDE				
Declaro que as informações descritas abaixo conferem com o medicamento que trouxe para ser administrado na Unidade de Saúde, e que observei os cuidados no armazenamento do mesmo, trazendo-o em condições adequadas de conservação. Declaro, ainda, estar ciente de que, em caso de acidente ou perda do medicamento durante o preparo ou a administração, quando comprovado que o profissional seguiu integralmente as orientações técnicas e os protocolos vigentes, a SMS e o servidor estarão isentos da reposição do medicamento. Em caso de intercorrências ou necessidade de orientações adicionais entrar em contato com a equipe da Assistência Farmacêutica da SMS.				
Dados de identificação	Data:	Data:	Data:	Data:
Nome do usuário				
Nome do prescritor				
Conselho do prescritor (CRM, CRO, COREN)				
Data da prescrição				
Nome do medicamento				
Apresentação				
Posologia/ Duração do tratamento				
Via de administração				
Lote do medicamento				
Registro na ANVISA				
Validade do medicamento				
Ciência e assinatura do usuário ou responsável legal				

ANEXO 2 – Orientações para Domicílio – Uso Individual

ORIENTAÇÕES PARA DOMICÍLIO – USO INDIVIDUAL

NPH e REGULAR (usadas separadamente)

USO DE INSULINAS NPH E REGULAR

INSULINA	MANHÃ ____ horas	TARDE ____ horas	NOITE ____ horas
NPH			
REGULAR			

Lavar as mãos.

Retirar o frasco de insulina da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor)



Rolar o frasco entre as mãos e movimentar vinte vezes. Não agitar!
INDICADO SOMENTE PARA INSULINA NPH



No primeiro uso, retirar o lacre e registrar a data de abertura do frasco (validade 30 dias após aberto).
Limpar a borracha do frasco de insulina com algodão e álcool.



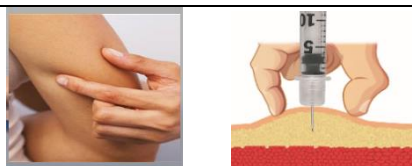
Manter o protetor da agulha e aspirar a quantidade de ar até chegar na quantidade indicada pelo médico.



Retirar o protetor da agulha e
Injetar o ar da seringa dentro do frasco.



Posicionar o frasco de cabeça para baixo, sem retirar a agulha, e aspirar a insulina até a dose indicada.
(se aparecer bolhas de ar na seringa, dê pequenas batidas no local para eliminá-las)
Conferir se a dose permanece a mesma, caso contrário, completar a dose.
Escolher o local da aplicação (deve estar limpo)



Segurar a seringa como se fosse um lápis.
Fazer uma prega e aplicar no ângulo de 90 (manter a prega durante a aplicação)
Injetar a insulina lentamente até o final.

Retirar a agulha e desfazer a prega.

Não massagear o local

Não descartar a seringa no lixo domiciliar (seguir orientação da Unidade de Saúde)

ANEXO 3 – Orientações para Domicílio – Uso Combinado

ORIENTAÇÕES PARA DOMICÍLIO – USO COMBINADO

NPH+REGULAR (na mesma seringa)

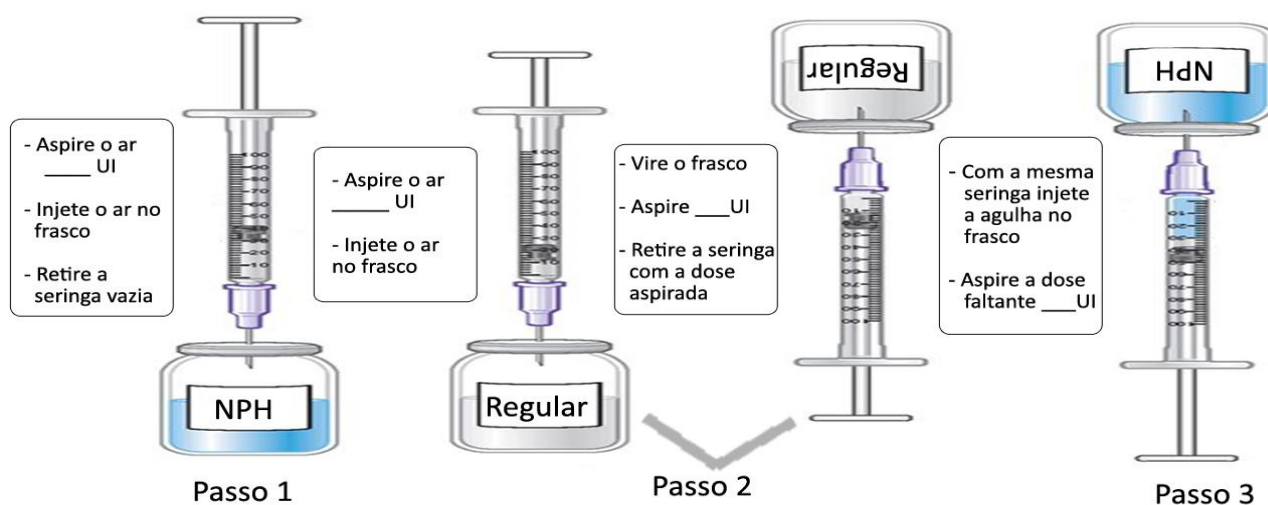
Lavar as mãos.

Retirar os frascos de insulina NPH e Regular da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor)

Verificar prescrição NPH _____ Unidades

Verificar prescrição Regular _____ Unidades

A ordem da aspiração é muito importante!



Importante: O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das 2 insulinas.

- Passo 1: Rolar delicadamente o frasco de Insulina NPH 20 vezes entre as mãos para obter aspecto branco e leitoso. Não agitar
- No primeiro uso, retirar o lacre e registrar a data de abertura do frasco (validade 30 dias após aberto)
- Limpar a borracha do frasco de insulina com algodão e álcool.
- Manter o protetor da agulha e aspirar a quantidade de ar até chegar na quantidade indicada pelo médico _____ unidades.
- Retirar o protetor e Injetar o AR no frasco de Insulina NPH e retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH, reservar.
- Passo 2: Aspirar com a mesma seringa um volume de AR igual à dose de solução de Insulina Regular (transparente) _____ unidades.
- Injetar o AR dentro do frasco de solução de Insulina Regular (transparente).
- Virar o frasco-ampola juntamente com a seringa de cabeça para baixo e aspirar a dose correta de solução de Insulina Regular para a seringa.
- Expulsar todo o ar para fora da seringa e verificar se a dose está correta.
- Passo 3: Insira a agulha da seringa que já está com a Insulina Regular no frasco de suspensão de insulina NPH (frasco do passo 1) e aspire a dose prescrita de NPH _____ unidades.
- Expulsar todo o ar para fora da seringa e verificar se a dose está correta.
- Escolher o local de aplicação e injetar a mistura imediatamente.

ANEXO 4 – Termo de Responsabilidade – Cessão de Glicosímetro

ANEXO IV – TERMO DE CESSÃO DE USO DO GLICOSÍMETRO E DE RECEBIMENTO DE INSUMOS PARA AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

Segundo o § 3º do Art. 1º da Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006 que dispõe sobre a distribuição de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar, “*É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos.*”

Os critérios para inclusão e manutenção do usuário no programa para recebimento dos insumos para o Automonitoramento de Glicemia Capilar – AMGC da Secretaria Municipal da Saúde – SMS Curitiba são:

- 1) Cadastro definitivo na Unidade Municipal da Saúde – UMS de Curitiba.
- 2) Portador de DM tipo 1, tipo 2 em uso de insulina ou diabetes gestacional.
- 3) Prescrição médica, de enfermagem ou farmacêutica do SUS Curitiba.
- 4) Adesão ao tratamento instituído.
- 5) Capacidade cognitiva para automanejo da insulino terapia.
- 6) Apresentação mensal do glicosímetro na UMS para leitura dos resultados dos exames realizados e atendimento com o auxiliar/técnico de enfermagem.
- 7) Preenchimento do Mapa Glicêmico a cada exame que realizar com a fita/glicosímetro.
- 8) Acompanhamento na UMS: comparecimento às consultas e exames agendados pela UMS:
 - Usuário com Controle Metabólico Adequado (Hemoglobina glicada <7%):
 - Consulta Semestral: com médico.
 - Consulta Anual: com enfermeiro.
 - Consulta com farmacêutico: sempre que agendada pela equipe de saúde.
 - Usuário com Controle Metabólico Inadequado (Hemoglobina glicada 7 - 9%):
 - Consulta Trimestral: com médico.
 - Consulta Semestral: com enfermeiro.
 - Consulta com farmacêutico: sempre que agendada pela equipe de saúde.
 - Usuário com Controle Metabólico Ruim (Hemoglobina glicada >9%) %):
 - Consulta Mensal, após ajuste de doses de insulina deve ser trimestral: com médico.
 - Consulta Semestral: com o enfermeiro.
 - Consulta Anual: com dentista.
 - Consulta com farmacêutico: sempre que agendada pela equipe de saúde.

Os insumos recebidos para automonitoramento da glicemia capilar são:

- Aparelho glicosímetro,
- Seringas com agulha fixa para aplicação de insulina,
- Tiras reagentes de medida de glicemia capilar,
- Lancetadores,
- Lancetas para punção digital.

Declaro que estou ciente dos critérios de inclusão e manutenção no programa de automonitoramento da glicemia capilar, recebi da UMS _____ 01 (um) glicosímetro, marca _____ Número: _____ e que devolverei o mesmo no caso de troca de aparelho ou por não apresentar os critérios de inclusão e manutenção no programa para recebimento dos insumos para o AMGC da SMS Curitiba. Em caso de furto, deverei apresentar o Boletim de Ocorrência. Autorizo a coleta, armazenamento, uso, recepção, acesso, processamento e arquivamento dos meus dados referentes aos exames realizados com o glicosímetro recebido. Tais dados poderão ser compartilhados com a empresa responsável pela administração do Software, não podendo esta compartilhar com outras empresas ou desviar a finalidade dos dados obtidos, tampouco utilizar as informações para envio de promoções de marketing. Manifesto ciência de que os dados são armazenados em servidor, bem como que estes poderão ser acessados pelos profissionais de saúde da SMS Curitiba e pela empresa Roche Diabetes Care, quando previamente solicitado/autorizado pela SMS.

Nome do usuário: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
Data: _____

ANEXO 5 – Quadro Aplicação IM

Seleção do local de aplicação de IM e volume máximo a ser administrado, segundo faixa etária

Idade	Deltoide	Ventro-glúteo	Dorso-glúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5ml
Neonatos	-	-	-	0,5ml
Lactentes	-	-	-	1,0ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5ml	1,0ml	1,5ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5ml	1,5 – 2,0ml	1,5ml – 2,0ml	1,5ml
Adolescentes	1,0ml	2,0 – 2,5ml	2,0ml – 2,5mmml	1,5-2,0ml
Adultos	1,0ml	4,0ml	4,0ml	4,0ml

Fonte: Adaptado de SILVA, L.M.G.; SANTOS, R P. Administração de medicamentos. In: Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências – Rio de Janeiro: Guanabara Koogas, 2005

ANEXO V – PLANILHA DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

DISTRITO SANITÁRIO:[illegible]

Toda vez que a glicemia estiver muito alta ou muito baixa, anote em "observações" o horário e sua opinião sobre o motivo desta alteração (por exemplo, estava muito nervoso, errou na dose de insulina, esqueceu de aplicar uma dose de insulina, atrasou a refeição, comeu muito, comeu pouco, comeu alimento diferente, fez muito exercício, etc.).

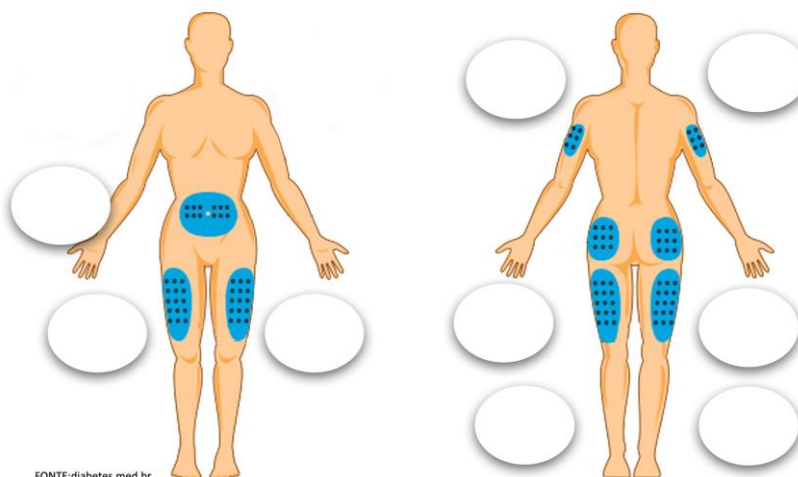
ANEXO 7 – Recomendações de Uso da Insulina

RECOMENDAÇÕES DE USO DA INSULINA

1. Avalie a prescrição, o histórico da doença e preencha as orientações adaptando ao estilo de vida diário.

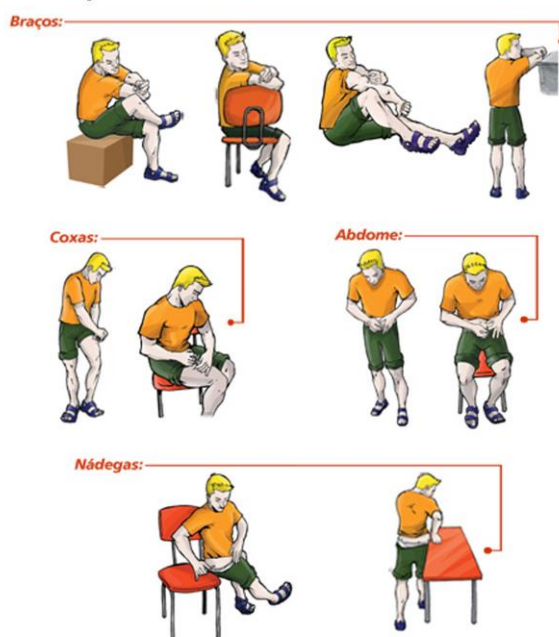
Medicamento prescrito	Nº de testes glicêmicos/dia	Orientações
		1. Avalie a condição da pele diariamente. 2. Faça rodízio dos locais. 3. Mantenha a distância média de 1 dedo (da pessoa) entre as aplicações. 4. Deve ocorrer um intervalo de 14 dias entre as aplicações no mesmo ponto. 5. Não massagear o local após a aplicação. 6. O frasco fechado deve ser conservado em geladeira até a data de validade do fabricante. 7. Ao abrir o frasco registre a data de abertura. 8. Após aberto, a validade do frasco é de 30 dias. 9. As insulinas devem ficar na 3ª prateleira da geladeira, sem barreiras de ventilação. 10. Ao transportar, guardar em embalagem térmica apropriada para transporte, sem gelo. Conservar até 30°C. 11. Frascos, seringas e lancetas devem ser desprezados em embalagens resistentes e entregues na Unidade de Saúde.

2. Programe **DIA + HORÁRIO + LOCAL DE APLICAÇÃO**



FONTE:diabetes.med.br

3. Faça você mesmo



Você também pode contar com a ajuda de:

Você está recebendo

Sr(a) _____

Primeiro fornecimento: ____/____/____

- 1 Aparelho "glicosímetro" (assinar termo de entrega).
- 100 unidades de fitas de glicemia
- 100 lancetas
- 1 lancetador
- 30 seringas agulhadas (1 seringa ao dia)

Entregas subsequentes: Comparecer mensalmente na Unidade para avaliação e reposição dos materiais utilizados.

ANEXO 7 – Recomendações de Uso da Insulina (verso).

Quadro 1– Adequação do tratamento com insulina <i>bedtime</i>	
Achado	Adequação
Glicemia de jejum > 130 mg/dl	Aumentar a cada dia 1 U de NPH
Glicemia de jejum < 80 mg/dL	Diminuir 2 U
Hipoglicemia noturna	Diminuir 2 a 4 U da dose noturna total e agendar consulta médica

Fonte: Diretriz de Diabetes SMS

Se tiver **HIPERGLICEMIA**

Teste glicêmico capilar: glicemia acima de 250 mg/dl

Sintomas como: urinando em excesso, com vontade exagerada de ingerir líquido, fraqueza, diminuição da força física, dor abdominal e hálito com odor adocicado (cetônico).

Orientação:

- Se glicemia acima de 250 mg/dl deve-se administrar 10 U de insulina regular, estimular a ingesta hídrica e repetir a glicemia em uma hora.
- Se tiver náuseas e vômito impossibilitando a ingesta hídrica bem como rebaixamento nível de consciência (sonolência, tontura, desorientação, desmaio) deve ser imediatamente conduzido à Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

- Se a glicemia subiu recomenda-se ingerir um carboidrato complexo (um pão francês ou 1 fatia de pão) para evitar nova hipoglicemia na evolução.
- Se a glicemia não tiver subido recomenda-se repetir as 15 g de açúcar e refazer o mesmo processo.

► Hipoglicemia com perda de consciência:

- Procurar imediatamente o serviço de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para administração de glicose por via endovenosa.

ANEXO 8 – informação ao usuário sobre os insumos

INFORMAÇÃO AO USUÁRIO SOBRE OS INSUMOS DISPONIBILIZADOS PARA O AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR – AMGC

Considerando a Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006 que dispõe sobre a distribuição de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar e as Portarias nº 2583 de 10 de outubro de 2007 e nº 1555 de 10 de julho de 2013 que definem o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS aos usuários portadores de Diabetes Mellito, os insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba são:

1. Aparelho glicosímetro,
2. Seringas com agulha fixa para aplicação de insulina;
3. Tiras reagentes de medida de glicemia capilar,
4. Lancetadores,
5. Lancetas para punção digital.

Segundo o § 3º do Art. 1º da Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006: *“É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos.”*

Os critérios para inclusão e manutenção do usuário no programa para recebimento dos insumos para o Automonitoramento de Glicemia Capilar da SMS Curitiba são:

1. Cadastro definitivo na Unidade Municipal da Saúde – UMS de Curitiba.
2. Portador de DM tipo 1, tipo 2 **em uso de insulina** ou diabetes gestacional.
3. Prescrição médica, de enfermagem ou farmacêutica do SUS Curitiba.
4. Adesão ao tratamento instituído.
5. Capacidade cognitiva para automanejo da insulinoterapia.
6. Apresentação mensal do glicosímetro na UMS para leitura dos resultados dos exames realizados e atendimento com o auxiliar/técnico de enfermagem.
7. Preenchimento do Mapa Glicêmico a cada exame que realizar com a fita/glicosímetro.
8. Acompanhamento na UMS: comparecimento às consultas agendadas pela UMS:
 - Usuário com Controle Metabólico Adequado (Hemoglobina glicada <7%):
 - Consulta Semestral com médico.
 - Consulta Anual com enfermeiro.
 - Consulta com farmacêutico sempre que agendada pela equipe de saúde.
 - Usuário com Controle Metabólico Inadequado (Hemoglobina glicada 7 - 9%):
 - Consulta Trimestral com médico.
 - Consulta Semestral com enfermeiro.
 - Consulta com farmacêutico sempre que agendada pela equipe de saúde.
 - Usuário com Controle Metabólico Ruim (Hemoglobina glicada >9%) %):
 - Consulta Mensal, após ajuste de doses de insulina deve ser trimestral com médico.
 - Consulta Semestral com o enfermeiro.
 - Consulta Anual com dentista.
 - Consulta com farmacêutico sempre que agendada pela equipe de saúde.

ANEXO 9 – Normatização sobre Fornecimento de Espaçador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA EXECUTIVA
COORDENAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

NORMATIZAÇÃO SOBRE FORNECIMENTO DE ESPAÇADOR

1. Fornecer o espaçador somente para crianças com até 7 (sete) anos de idade.
2. Também poderá ser fornecido para os usuários acima de 7 anos com dificuldades de utilizar somente o bocal que acompanha o medicamento em aerossol e/ou usuários com necessidades especiais e idosos após avaliação prévia do profissional.
3. Para os demais usuários poderá ser orientada a confecção de espaçador conforme abaixo.
4. O usuário deverá assinar o "Termo de recebimento" que será arquivado na Unidade de Saúde para controle e comprovação de uso e fornecimento do espaçador.
5. A unidade de saúde deverá orientar o usuário quanto a durabilidade do espaçador que é de 2 anos e da não reposição nos casos de roubo, perda, quebra ou mau uso. Nos casos de roubo, perda, quebra ou mau uso deverá ser orientada a confecção de espaçador conforme abaixo.
6. Entregar uma cópia das "Orientações sobre uso e limpeza do espaçador e máscara" para o responsável.
7. Arquivar os recibos/termos de recebimento, assinados, por pelo menos 2 anos.
8. Dar baixa nos espaçadores fornecidos para usuários através do sistema *esaúde* (Almoxarifado → Processo → Movimentação Manual → Movimentação Item Consumo).

A cota do espaçador (04 – quatro unidades) não será alterada, portanto a US deverá fornecer o espaçador criteriosamente conforme as orientações acima.

ANEXO 9 – Normatização sobre Fornecimento de Espaçador

TERMO DE RECEBIMENTO

Declaro que recebi da Unidade de Saúde _____

(Nome da unidade), 1 (um) espaçador com máscara novos, para uso em conjunto com o

Medicamento aerossol _____ para a (o)

(Nome do medicamento aerossol que faz uso)

Usuária (o) _____,

(Nome completo da (o) usuária (o))

Idade _____.

Declaro que fui informada (o) sobre o uso correto do espaçador/máscara e do medicamento e recebi orientações sobre a limpeza do espaçador/máscara, inclusive por escrito.

Estou ciente de que a durabilidade do espaçador/máscara é de 2 (dois) anos e que não será substituído por perda, quebra ou danos causados por mau uso do mesmo.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO 9 – Normatização sobre Fornecimento de Espaçador

ORIENTAÇÕES SOBRE USO E LIMPEZA DO ESPAÇADOR E MÁSCARA

A limpeza do espaçador e da máscara deve ser feita a cada 2 (duas) semanas da seguinte forma:

- SEPARAR A MÁSCARA DO ESPAÇADOR;
- COLOCAR O ESPAÇADOR E A MÁSCARA DE MOLHO EM 1 (UM) LITRO DE ÁGUA COM 5 GOTAS DE DETERGENTE NEUTRO (DETERGENTE DE COZINHA), POR 20 (VINTE) MINUTOS;
- NÃO ENXAGUAR;
- DEIXAR ESCORRER E SECAR NATURALMENTE.
- EMBALAR EM PANO LIMPO OU GUARDAR EM RECIPIENTE LIMPO COM TAMPA.

SEU ESPAÇADOR PODE DURAR 2 ANOS!!!!

É PROIBIDO:

- Desmontar o espaçador
- Utilizar água quente ou fervente
- Utilizar esponja, bucha, escova de mamadeira
- Utilizar outros produtos de limpeza (álcool, Q-Boa®, Veja®...)

O espaçador é de uso exclusivo da criança, CADA UM COM O SEU!!!!

Lembre-se sempre de retirar a tampa do medicamento e do espaçador antes da utilização.

ANEXO 10 – Orientação aplicação da insulina em caneta descartável

ORIENTAÇÃO USUÁRIO - APLICAÇÃO DE INSULINA NPH/ CANETA DESCARTÁVEL



Lave as mãos



Insira a agulha descartável



Retire a proteção externa e interna



Para a NPH faça 10 movimentos de inversão e 10 de rotação



Teste 2 U para avaliar o funcionamento do sistema



Ajuste a dose prescrita



Segure a caneta com o polegar para cima e insira a agulha a 90° da pele



Pressione o botão com o polegar e segure por 10 segundos



Despreze a agulha num reservatório adequado

Anexo 11 – Laudo HIV



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade Saúde: _____

Endereço: _____ Tel. _____

Nome/ Nome social: _____

RG: _____ Data nasc: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: Sangue Total

Lote: _____ Validade: _____	Lote: _____ Validade: _____
TESTE 1: Nome do teste: (_____)	TESTE 2: Nome do teste: (_____)
Método: Imunocromatografia	Método: Imunocromatografia
Resultado do Teste: _____	Resultado do Teste: _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra: _____ para o HIV.

Observações: Resultado obtido com a utilização do Fluxograma 1, realizado presencialmente em amostra coletada por punção digital conforme Portaria nº 29, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013– SVS/Ministério da Saúde.

1. A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dezoito meses não caracteriza infecção devido à transferência de anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.
2. Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, mesmo com o resultado não reagente recomenda-se a coleta de uma amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, para investigação de soroconversão.
3. **Resultado definido com o Fluxograma 1**, conforme estabelecido pela Portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013, **é indicada a realização imediata da Carga Viral (CV) nos casos com resultados reagentes.**

Curitiba, _____ / _____ / _____

Responsável Técnico – Matrícula e Conselho classe

Saúde Já 4.1

CURITIBA

[illegible]

ANEXO 13 – Laudo Sífilis



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade Saúde: _____

Endereço: _____ Tel. _____

Nome/ Nome social: _____

RG: _____ Data nasc: _____

TESTE RÁPIDO PARA TRIAGEM DA SÍFILIS

Em conformidade com o Fluxograma 2 do Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis aprovado pela Portaria MS nº 2012, de 19 de outubro de 2016.

Amostra: sangue total

Lote: _____ Val: _____

Nome do teste: _____

Método: Imunocromatografia

Resultado da triagem: _____

Observações:

1. Exame realizado apenas para fins de triagem, havendo necessidade de diagnóstico o mesmo deverá ser realizado de acordo com o Fluxograma 3 do Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis aprovado pelo Portaria MS nº 2012, de 19 de outubro de 2016.
2. Nos casos com resultado reagente o mesmo deverá procurar orientação junto a Unidade de saúde.
3. Em caso de suspeita de infecção mesmo com resultado não reagente, recomenda-se a coleta de uma nova amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, para investigação de soroconversão.

Curitiba, ____/____/____

Responsável técnico – Matrícula e Conselho de Classe

ANEXO 14 – TERMO: AUTORIZAÇÃO PARA INSERÇÃO DO IMPLANTE

Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/conteudo/mae-curitibana-vale-a-vida/1525>

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Superintendência de Gestão à Saúde
Departamento de Atenção Primária à Saúde



FLUXO PARA INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL - SMS CURITIBA

Termo de consentimento livre e esclarecido para inserção do implante

O implante subdérmico de etonogestrel (progesterona) 68 mg faz parte de um grupo de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração. Sua finalidade é evitar a gravidez. É um pequeno tubo de plástico, com 4 cm de comprimento e 2 milímetros de largura. Sua ação é contínua por 3 anos, com a liberação do hormônio etonogestrel para o sangue impedindo a ovulação e espessando o muco do colo do útero, o que dificulta a passagem dos espermatozoides. É um método seguro e prático, sendo eficaz logo após a sua colocação, apresentando taxa de falha de 0,05%. Dispensa a necessidade de tomar diariamente ou mensalmente medicamento. Não prejudica a fertilidade para uma eventual gravidez futura. Há melhora das cólicas menstruais, não interfere na relação sexual, nem na amamentação e não diminui a massa óssea (osteoporose). Pode ser usado pelas mulheres que não podem tomar pílulas contendo estrogênio.

A inserção do implante pode ser realizada em até 5 dias após o início da menstruação ou imediatamente após o parto. Normalmente é inserido na parte interna do braço não dominante, abaixo da pele, como se fosse uma injeção, sendo necessária uma anestesia no local. Pode ocorrer, após a inserção do implante alguma dor, inchaço ou hematoma pequeno no local, mas que passa rapidamente. Outros efeitos colaterais podem surgir como dor de cabeça, aumento de peso, acne, alterações de humor, irregularidade menstrual, mamas mais sensíveis e diminuição da libido. Como este implante não é um método de barreira, aconselha-se o uso regular de preservativo para diminuir o risco de infecções sexualmente transmissíveis. Apesar do prazo da durabilidade do método ser de 3 anos, este poderá ser removido, conforme indicação clínica. O procedimento de inserção e remoção será realizado por profissional capacitado e necessita de espaço clínico adequado. Tanto o recebimento quanto a retirada deste implante é gratuita.

Fui devidamente esclarecida da importância de realizar acompanhamento após inserção do implante contraceptivo (7, 30 e 90 dias pós inserção), bem como da necessidade de removê-lo ao término do período de três anos e, se for o caso, da substituição do implante, pelo serviço responsável. Desta forma, através deste documento tomo ciência ser imprescindível a manutenção do contato com a equipe de saúde.

A equipe de saúde que lhe acompanha e/ou ambulatório de referência que realizará o procedimento de inserção deste implante irá acompanhar as suas condições de saúde e aceitabilidade do método, ficando também à disposição para esclarecimentos e orientações que forem necessárias durante todo o período de uso do implante.

Declaro que me foi esclarecido as vantagens e desvantagens bem como dos outros métodos contraceptivos. Orientado também que podem diminuir a eficácia do implante as seguintes medicações: fenitoína, barbitúricos, primidona, bosentana, carbamazepina, rifampicina e, possivelmente também, oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina, alguns inibidores não-nucleosídeo da protease do HIV (por exemplo, ritonavir) e inibidores da transcriptase reversa (por exemplo, efavirenz), e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum Perforatum* - erva de São João ou *St. John's Wort*. Orientado uso de preservativo para dupla proteção contra gravidez e IST's. Orientada quanto a possibilidade de sangramentos menstruais irregulares.

Diante das informações prestadas pelo profissional de saúde confirmo, por minha livre e espontânea vontade, o desejo de realizar a inserção deste implante, conforme o protocolo da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Nome legível do usuário _____

Nome Social _____

Assinatura _____

(Em caso de incapacidade, assina este documento o representante legal)

Profissional de saúde: _____

Assinatura/ carimbo: _____

Lote do implante _____

Estabelecimento de inserção: _____ Curitiba, ____/____/____



ANEXO 15 – NOTIFICAÇÃO DE INSERÇÃO DO IMPLANTE – SMS CURITIBA

Disponível em:

<https://saude.curitiba.pr.gov.br/conteudo/mae-curitibana-vale-a-vida/1525>

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Departamento de Atenção Primária a Saúde
Rede Mãe Curitibana Vale a Vida

CURITIBA

NOTIFICAÇÃO DA INSERÇÃO DO IMPLANTE DE ETONOGESTREL PARA APS E PRESTADORES

Nome: _____
Nome social: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____
US de referência _____

Critérios de inclusão para uso do Implante

- Em situação de rua ()
- Vivendo com HIV/aids (PVHA) ()
- Uso prejudicial de drogas e álcool ()
- Transtorno mental de difícil manejo ()
- Doença/situação crônica grave. Qual? _____ ()
- Tuberculose, hanseníase ()
- Deficiência com alto comprometimento ()
- Câncer - tipo _____ ()
- Grandes múltiparas: >5 gestações ()
- Adolescente de alta vulnerabilidade: () Com Gestação anterior, () Cumprindo medida sócio educativa, () Em acolhimento institucional, () Casos graves de Rede de Proteção, () Vitima de violência sexual ou doméstica notificada na Rede de Proteção

Colar etiqueta aqui



G ____ P ____ C ____ A ____ Realizou teste de gravidez: SIM () NÃO ()

Dados de identificação do implante e do profissional de saúde:

Data da inserção: ____/____/____
Lote: _____
Profissional de saúde: _____
Assinatura/carimbo: _____
Unidade de Saúde/Hospital: _____

Esta notificação deve ser preenchida no momento da inserção do implante e encaminhada posteriormente aos cuidados da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida Para fins de controle de inserção e liberação de novos implantes
Via Única - arquivar no estabelecimento de inserção e enviar cópia digitalizada para: o distrito sanitário de referência e para o maecuritibanavaleavida@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 16 – ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE SORO

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
CURITIBA			
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE SORO			
UMS:		DATA:	
		HORA:	
NOME DO USUÁRIO:		DATA NASC.:	
S. FISIOLÓGICO:		S. GLICOSADO:	
MEDICAMENTO:		GOTEJAMENTO:	
PROFISSIONAL:			

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
CURITIBA			
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE SORO			
UMS:		DATA:	
		HORA:	
NOME DO USUÁRIO:		DATA NASC.:	
S. FISIOLÓGICO:		S. GLICOSADO:	
MEDICAMENTO:		GOTEJAMENTO:	
PROFISSIONAL:			

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
CURITIBA			
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE SORO			
UMS:		DATA:	
		HORA:	
NOME DO USUÁRIO:		DATA NASC.:	
S. FISIOLÓGICO:		S. GLICOSADO:	
MEDICAMENTO:		GOTEJAMENTO:	
PROFISSIONAL:			

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
CURITIBA			
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE SORO			
UMS:		DATA:	
		HORA:	
NOME DO USUÁRIO:		DATA NASC.:	
S. FISIOLÓGICO:		S. GLICOSADO:	
MEDICAMENTO:		GOTEJAMENTO:	
PROFISSIONAL:			

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
CURITIBA			
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE SORO			
UMS:		DATA:	
		HORA:	
NOME DO USUÁRIO:		DATA NASC.:	
S. FISIOLÓGICO:		S. GLICOSADO:	
MEDICAMENTO:		GOTEJAMENTO:	
PROFISSIONAL:			

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
CURITIBA			
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE SORO			
UMS:		DATA:	
		HORA:	
NOME DO USUÁRIO:		DATA NASC.:	
S. FISIOLÓGICO:		S. GLICOSADO:	
MEDICAMENTO:		GOTEJAMENTO:	
PROFISSIONAL:			

ANEXO 17 – ROTEIRO DE INSPEÇÃO DE PELE PARA USO DE PISCINAS PÚBLICAS



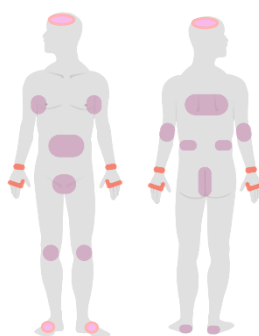
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

ROTEIRO DE INSPEÇÃO DE PELE

USUÁRIO: _____ DN: ____/____/____

Unidade de Saúde: _____

Observar os pontos e assinalar:



- Em couro cabeludo apresenta lêndeas ou parasitas?
() Sim () Não
- Nas axilas, há presença de lesões, manchas, erupções ou descamações?
() Sim () Não
- Nos espaços interdigitais das mãos e nos punhos há presença de lesões, manchas, erupções ou descamações?
() Sim () Não
- Na região periumbilical há lesões, manchas, erupções ou descamações?
() Sim () Não
- Na região inguinal, bolsa escrotal e medial de coxas, há presença de lesões, manchas, erupções ou descamações?
() Sim () Não
- Nos pés, em espaços interdigitais, há lesões, manchas, erupções ou descamações?
() Sim () Não
- Na região plantar (embaixo dos dedos e sola dos pés) há presença de lesões, manchas, erupções ou descamações?
() Sim () Não

Nas unhas das mãos e pés (não devem estar esmaltadas):

- Apresenta descolamentos de lâminas ungueais? () Sim () Não
- Apresenta aspecto branco amarelado nas unhas? () Sim () Não
- Apresenta má-formação da unha? () Sim () Não

CONCLUSÃO:

() Não apresenta lesões e ou alterações no momento da inspeção (Todas as respostas devem ser NÃO)

() Apresenta alterações (Uma ou mais respostas SIM) Indicação de avaliação profissional para orientações, conduta e ou encaminhamentos.

Assinatura/matricula do profissional responsável pela inspeção/Coren

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO 18 – Orientações para montagem da caneta reutilizável de insulina

ORIENTAÇÕES PARA DOMICÍLIO

MONTAGEM DA CANETA REUTILIZAVEL DE INSULINA

Pode ser realizada na primeira aplicação ou troca de cartucho:

Lavar as mãos.
Retirar cartucho fechado da geladeira para uso.
Verificar prescrição _____ Unidades.
Manusear com cuidado, quedas ou danos podem causar vazamento da insulina.



Segure as duas extremidades com firmeza e puxe para desconectar as partes da caneta, retire a tampa expondo o tubete.



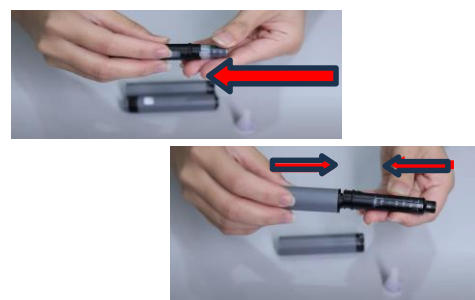
Gire o suporte de carpule/tubete para desconectá-lo do corpo da caneta.



Empurre delicadamente o pistão para dentro do corpo da caneta, caso esteja para fora.



Escolha a insulina que irá ser utilizada para esta caneta, verificando sua validade e integridade do frasco;
Identifique no corpo da caneta a insulina utilizada (NPH ou regular).



Introduza o cartucho dentro do suporte para carpule.
Feche a caneta conectando o suporte para Carpule com o corpo da caneta

ANEXO 19 – Orientação aplicação da insulina em caneta reutilizável

ORIENTAÇÕES PARA DOMICÍLIO – USO INDIVIDUAL

ORIENTAÇÃO USUÁRIO - APLICAÇÃO DE INSULINA NPH/ CANETA REUTILIZAVEL

USO DE INSULINAS NPH E REGULAR

INSULINA	MANHÃ ____ horas	TARDE ____ horas	NOITE ____ horas
NPH			
REGULAR			

Lavar as mãos.

Na Insulina NPH é necessário homogeneizar o líquido antes da aplicação.



Retire a tampa da caneta.
Coloque a caneta entre as mãos e suavemente realize 10 a 20 movimentos rotacionais.
INDICADO SOMENTE PARA INSULINA NPH.



Realize a limpeza da borracha do Carpule/Tubete com algodão seco.



Retire o lacre da agulha e conecte parte rosca do suporte para carpule.



Retirar o protetor da agulha expondo a agulha para retirar o ar.
Selecione 2 unidades.
Bata levemente no corpo da caneta para que as bolhas subam.
Aperte o botão de aplicação com a agulha para cima.



Selecione a dose em UI prescrita pelo médico.
Escolha o local da aplicação e realize a assepsia da pele.



Introduza a agulha em ângulo de 90° e aperte o botão aplicador;
Aguardar 10 segundos antes de retirar a agulha da pele.
Feche novamente a caneta com a tampa.

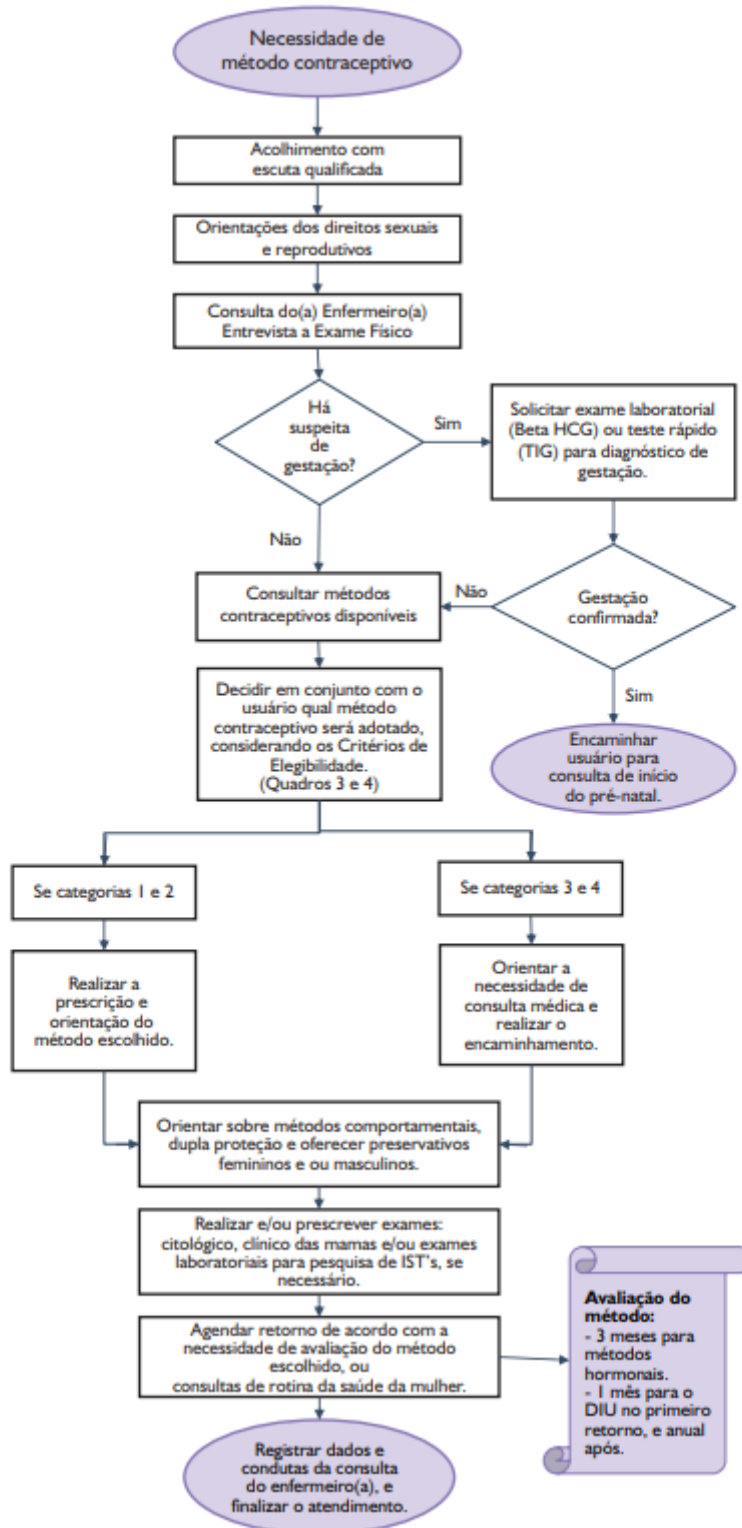
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Departamento de Atenção Primária à Saúde
Coordenação de Enfermagem



Não massagear o local
Não descartar a seringa no lixo domiciliar (seguir orientação da Unidade de Saúde)
Não guardar com a agulha acoplada.
Acima de 60 UI deve-se realizar 02 aplicações.

Elaboração: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) – Maio /2025.

Anexo 20 – Fluxograma para prescrição de anticoncepcionais.



Anexo 21 – Categorias de anticoncepcionais.

A anticoncepção envolve a oferta de informação, aconselhamento, prescrição conforme os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2016) e acompanhamento clínico, em um contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2013a).

A escolha do método contraceptivo envolve eficácia, efeitos secundários adversos, aceitabilidade, disponibilidade da rede pública, facilidade de uso, reversibilidade, proteção contra IST (BRASIL, 2013a). Para a prescrição dos métodos contraceptivos de forma segura, devem-se seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (CME) organizados em quatro categorias (WHO, 2016), conforme o quadro abaixo.

Classificação dos critérios de elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos.

Categoria 1	Não há restrição para o uso do método contraceptivo. ❖ Pode ser prescrito pelo(a) Enfermeiro(a).
Categoria 2	As vantagens de usar o método geralmente superam o risco. ❖ Pode ser prescrito pelo(a) Enfermeiro(a), mediante acompanhamento clínico dos sinais e sintomas decorrentes do uso do método.
Categoria 3	Os riscos comprovados superam as vantagens de usar o método. ❖ Prescrição NÃO realizada pelo(a) Enfermeiro(a).
Categoria 4	O risco de saúde é inaceitável se o método contraceptivo for usado. ❖ Prescrição NÃO realizada pelo(a) Enfermeiro(a).

Fonte: (WHO, 2016, pg. 20 ; COREN-PR, 2020)

Condição/ Método	Anticoncepcio- nal Combinado oral e injetável	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona oral	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona injetável	Implantes	DIU de cobre
Doenças cardiovasculares					
Acidente vascular cerebral	4	2 m	3	2m	1
Isquemia cardíaca	4	2 m	3	2m	1
Fatores de risco múltiplo (n)	3/4	2	3	2	1
Dores de cabeça					
Não relacionadas com enxaquecas	1	1	1	1	1
Enxaquecas com aura(s)	4 s	2 m,s	2 m	2 m	1
Tromboembolismo venoso					
História anterior	4	2	2	2	1
História corrente	4	31	31	31	1
Cirurgia com prolongamento de imobilização	4	2	2	2	1
Hipertensão (o)					
40-159 sistólica e 90-99 diastólica ou controlada adequadamente	3	1	2	1	1
>160 sistólica e >100 diastólica	4	2	3	2	1
Diabetes (q)	2q	2	2q	2	1
Doenças do Fígado					
Tumor do fígado (i)	4j	3	3	3	1
Hepatite ativa	¾ k,a	1	1	1	1
Fumantes					
Idade menor 35 anos	2	1	1	1	1
Idade maior ou igual a 35 anos	3r	1	1	1	1

continua

Condição/ Método	Anticoncepcio- nal Combinado oral e injetável	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona oral	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona injetável	Implantes	DIU de cobre
Infecção por HIV (estágio 3 ou 4)	1	1	1	1	3a
Infecções Sexualmente Transmissíveis					
Gonorréia e Clamídia	1	1	1	1	4a
Outras IST e Vaginites	1	1	1	1	2
Aumento de risco de IST	1	1	1	1	2/3 b
Doença Inflamatória Pélvica (c)					
Aguda	1	1	1	1	4a
Passada	1	1	1	1	1
Sangramento vaginal inexplicável	2	2	3	3	4a
Câncer de mama (atual)	4	4	4	4	1
Câncer de colo do útero (pré- tratamento)	2	1	2	2	4a
Neoplasia Intraepitelial Cervical	2	1	2	2	1
Miomas uterinos	1	1	1	1	1h
Sépsis Puerpe- ral e pós-aborto	1	1	1	1	4
Pós-parto e Aleitamento					
<48 horas	4d	2	3	2	1
>48 horas até <4 semanas	4 d,f	2	3	2	3
4 semanas até <6 semanas	4f	2	3	2	1
6 semanas até <6 meses	3g	1	1	1	1
Nulípara	1	1	1	1	2
Adolescentes menarca com idade <18 anos	1	1	1	1	2

continua

Condição/ Método	Anticoncepcio- nal Combinado oral e injetável	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona oral	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona injetável	Implantes	DIU de cobre
Infecção por HIV (estágio 3 ou 4)	1	1	1	1	3a
Infecções Sexualmente Transmissíveis					
Gonorréia e Clamídia	1	1	1	1	4a
Outras IST e Vaginites	1	1	1	1	2
Aumento de risco de IST	1	1	1	1	2/3 b
Doença Inflamatória Pélvica (c)					
Aguda	1	1	1	1	4a
Passada	1	1	1	1	1
Sangramento vaginal inexplicável	2	2	3	3	4a
Câncer de mama (atual)	4	4	4	4	1
Câncer de colo do útero (pré- tratamento)	2	1	2	2	4a
Neoplasia Intraepitelial Cervical	2	1	2	2	1
Miomas uterinos	1	1	1	1	1h
Sépsis Puerpe- ral e pós-aborto	1	1	1	1	4
Pós-parto e Aleitamento					
<48 horas	4d	2	3	2	1
>48 horas até <4 semanas	4 d,f	2	3	2	3
4 semanas até <6 semanas	4f	2	3	2	1
6 semanas até <6 meses	3g	1	1	1	1
Nulípara	1	1	1	1	2
Adolescentes menarca com idade <18 anos	1	1	1	1	2

continua

Condição/ Método	Anticoncepcio- nal Combinado oral e injetável	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona oral	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona injetável	Implantes	DIU de cobre
Obesidade IMC maior ou igual a 30 kg/m ²	2	1	1p	1	1
Interações medicamentosas					
Rifampicina/ Rifabu-tina	3 x	3	1-2 w	2	1
Terapia Antiretroviral	1-2 y	1-2 y	1-2 y	1-2 y	2/3 az
Certos anticon- vulsivantes (t)	3 u	3 v	1-2 w,v	2 v	1

Fonte: (WHO, 2016, pg. 20 ; COREN-PR, 2020)

Legenda:

- a- Se a condição se desenvolver durante o uso do método, pode continuar usando-a durante o tratamento.
- b- Se a probabilidade for muito alta de exposição à gonorreia ou clamídia = 3.
- c- Se doença inflamatória pélvica anterior (DIP) considerar todos os métodos = 1, incluindo DIU.
- d- Se <3 semanas, não estar amamentando e nenhum outro fator de risco para tromboembolismo venoso (TEV) = 3.
- e- Se não amamentar = 1.
- f- Se 3 a <6 semanas, não amamentando e sem outros fatores de risco para TEV = 2, com outros fatores de risco para TEV = 3
- g- Se ≥6 semanas e não amamentar = 1.
- h- Se a cavidade uterina estiver distorcida impedindo a inserção = 4.
- i- Refere-se ao adenoma hepatocelular (benigno) ou carcinoma/hepatoma (maligno).
- j- Se adenoma CIC = 3, se carcinoma / hepatoma CIC = 3/4.
- k- Contraceptivo injetável combinado = 3.
- l- Se estabelecido em terapia de anticoagulação = 2.
- m- Se condição desenvolvida durante este método, considere mudar para o método não hormonal.
- n- Fatores de risco: idade avançada, tabagismo, diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemias conhecidas.
- o- Se não é possível medir a pressão arterial e nenhum histórico conhecido de hipertensão, pode usar todos os métodos. Sistólica ou a pressão arterial diastólica pode estar elevada.
- p- Se a faixa etária <18 anos e obesos, contraceptivo injetável trimestral = 2.
- q- Para insulino-dependente e não insulino-dependente. E se complicado ou > 20 anos de duração, contraceptivo combinado oral e injetável = 3/4; contraceptivo injetável trimestral = 3.
- r- Se < 15 cigarros/dia, contraceptivo injetável combinado = 2. Se ≥ 15 cigarros/dia, contraceptivo combinado oral = 4.
- s- Aura é sintoma neurológico focal, como luzes cintilantes. Se não houver aura e idade < 35, contraceptivo combinado oral e injetável = 2, contraceptivo oral de progesterona = 1. Se nenhuma aura e idade ≥ 35, contraceptivo combinado oral e injetável = 3, contraceptivo oral de progesterona = 1.
- t- Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato e lamotrigina.
- u- Se barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona ou topiramato contraceptivo combinado injetável = 2.
- v- Se lamotrigina = 1.
- w- Contraceptivo injetável trimestral = 1
- x- Contraceptivo combinado injetável = 2.
- y- Se a terapia antirretroviral com EFV, NVP, ATV / r, LPV / r, DRV / r, RTV: COC / P / CVR, CIC, POP, NET-ET, Implantes = 2; Injetável trimestral = 1. Para todos os NRTIs, ETR, RPV, RAL, cada método = 1.
- z- Se a Fase 3 ou 4 da OMS (HIV grave ou doença avançada) DIU = 3.

