Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde

2 - CPF*

3 - SINAN

4 - Prontuário

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Início de tratamento?*
○ Sim ○ Não

8 – Este formulário é válido por:*
○ 30 dias ○ 90 dias ○ 150 dias
○ 60 dias ○ 120 dias ○ 180 dias

9 - Origem do acompanhamento médico*
○ Público ○ Privado

10 - Peso:*

11 - CID-10*
○ B18.0 ○ B18.1
○ B16.0

12 - Paciente coinfectado?*
○ Sem Coinfecção
☐ HIV ☐ Hepatite C

13 - Exame de HBeAg:*
○ Reagente
○ Não Reagente

14 - Exame de ALT?*
○ Maior que 2 vezes LSN
○ Menor que 2 vezes LSN

15 - Exame de HBV-DNA:*
Resultado:_____UI/mL
Data: ___/___/_____

16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*
○ Sem Cirrose ○ Child A
○ Child B ou C

17 - Exame de anti-HDV IgG obrigatório para CID B18.0:
○ Reagente ○ Não Reagente

18 – Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos:
○ Positivo ○ Negativo

19 – Diagnóstico Materno (apenas para gestante):
○ Anterior à gestação atual – data do diagnóstico ___/___/_____
○ Durante gestação atual – Idade gestacional do diagnóstico _____ semanas de gestação

20 - Indicação terapêutica:*
○ Tratamento da Hepatite B ○ Prevenção da Transmissão vertical ○ Prevenção da reativação viral em caso de futura terapia imunossupressora ou quimioterapia

21 – O paciente apresenta alguma das situações abaixo:*
☐ História familiar de hepatocarcinoma/carcinoma hepatocelular;
☐ Manifestações extra-hepáticas com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliarterite nodosa;
☐ Hepatite aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias);
☐ Reativação de hepatite B crônica;
☐ Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2F2 ou elastografia hepática maior que 7,0 kPa;
☐ Insuficiência hepática;
☐ Não apresentou soroconversão do anti-HBs após 48 semanas de tratamento com alfapeginterferona;
☐ Elevação de ALT/AST após 48 semanas de tratamento com alfapeginterferona;
☐ Paciente com HBV-DNA maior que 20.000 UI/mL após a 24ª semana de tratamento com alfapeguinterferona
☐ Não apresenta.

22 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*
☐ Consumo atual de álcool e/ou drogas;
☐ Cardiopatia Grave;
☐ Disfunção tireoidiana não controlada;
☐ Distúrbios psiquiátricos não tratados;
☐ Uso prévio de lamivudina
☐ Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo
☐ Antecedente de transplante, exceto hepático;
☐ Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetonia;
☐ Doença autoimune;
☐ Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir
☐ Doença renal crônica
☐ Neoplasia recente;
☐ Exacerbação aguda de hepatite viral;
☐ Nenhuma.

23 - Contraindicação ao uso de:*
☐ Alfapeginterferona ☐ Tenofovir
☐ Entecavir ☐ Sem contraindicação

24 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*
☐ Alfapeginterferona ☐ Tenofovir
☐ Entecavir ☐ Nenhuma

25 – Uso prévio de:*
☐ Nenhum (Virgem de tratamento)
☐ Alfapeginterferona ☐ Tenofovir
☐ Entecavir ☐ Lamivudina

26 - Registro de dispensação*

Para preenchimento exclusivo do médico	Para preenchimento exclusivo da farmácia
☐ **Alfapeginterferona 2a 180mcg** Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutânea, uma vez por semana.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
☐ **Entecavir 0,5mg** Tomar _____ comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
☐ **Tenofovir 300mg** Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____

27 - Observação:

28 - Prescritor*
_____ (Carimbo e assinatura)
CRM: _____ RMS:_____ / UF: _____
Data: ___/___/_____

29 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)

1ª dispensação Data: ___/___/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**) Dispensação para _____ Dias _____ (Assinatura do **usuário**)	4ª dispensação Data: ___/___/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**) Dispensação para _____ Dias _____ (Assinatura do **usuário**)
2ª dispensação Data: ___/___/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**) Dispensação para _____ Dias _____ (Assinatura do **usuário**)	5ª dispensação Data: ___/___/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**) Dispensação para _____ Dias _____ (Assinatura do **usuário**)
3ª dispensação Data: ___/___/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**) Dispensação para _____ Dias _____ (Assinatura do **usuário**)	6ª dispensação Data: ___/___/_____ _____ (Assinatura do **farmacêutico**) Dispensação para _____ Dias _____ (Assinatura do **usuário**)

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone ◯ indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone ☐ indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

MAR/2021

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

01- CNS - Cartão Nacional de Saúde: Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a). Caso o(a) usuário(a) SUS seja cadastrado no SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, o número do cartão do SUS virá preenchido.

02 - CPF: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena. Caso o(a) usuário(a), por motivo de furto ou outro, esteja sem documentação, deve-se informar provisoriamente como *"pessoa em situação de rua"* e justificar nas observações para correções posteriores.

03 - SINAN - Informar o número informado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

04 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.

05- Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil: Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).

06 - Nome social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuírem nome social que divirja do nome de registro.

07- Início de tratamento? Informar se o paciente está iniciando o tratamento com este formulário ou não (já realizava tratamento para hepatite B). No caso de pacientes já em tratamento, as regras de inclusão no PCDT serão flexibilizadas.

08- Este formulário é válido por: Especificar por quanto tempo a prescrição é válida.

09 - Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.

10 - Peso: Preencher com o peso atualizado do paciente em quilogramas

11 – CID-10: Preencher com B18.0 (hepatite viral crônica B com agente Delta), B18.1 (hepatite viral crônica B sem agente Delta) ou B16.0(Hepatite viral aguda B).

12 - Paciente Coinfectado: Se o(a) paciente não possui coinfecção ou é coinfectado pelo HIV ou HCV.

13 - Exame de HBeAg: Informar se o HBeAg é reagente ou não reagente.

14 - Exame de ALT: Informar se o exame de Alanina Aminotransferase (ALT) é maior ou menor do que duas vezes o limite superior da normalidade (LSN) do método.

15 - Exame de HBV-DNA: Informar o resultado da carga viral da Hepatite B – HBV-DNA. O preenchimento do campo não é obrigatório se: a) paciente não estiver iniciando tratamento (Campo 7); ou b) paciente com indicação para prevenção da reativação viral em caso de futura terapia imunossupressora ou quimioterapia (Campo 20).

16 - Gravidade da cirrose: Informar qual a classificação da gravidade da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh.

17 - Exame de anti-HDV IgG: Informar se o anti-HDV é reagente ou não reagente. Obrigatório para pacientes com a CID-10 B18.0.

18 - Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos: : Informa resultado do exame BHcG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil.

19 - Diagnóstico materno: O campo deve ser preenchido somente no caso de a paciente estar gestante, especificando se é um diagnóstico prévio à gestação ou se diagnosticada durante a gestação

20 - Indicação terapêutica: Informar qual a indicação terapêutica para a utilização dos medicamentos contra o vírus da hepatite B.

21 - O paciente apresenta algumas das situações abaixo: Informar se o(a) paciente apresenta algumas das situações clínicas listadas, ou se não apresenta.

22 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?: Informar se o paciente apresenta alguma(s) das condições listadas, ou se não apresenta.

23 - Contraindicação ao uso de: Informar se o(a) paciente apresenta alguma contraindicação ao uso dos medicamentos listados, ou se não apresenta nenhuma contraindicação.

24 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de: Informar se o(a) paciente apresentou resistência ou falha terapêutica pelo uso dos medicamentos listados, ou se não apresentou.

25 - Uso prévio de: Informar se o(a) paciente já fez uso de algum medicamento listado, ou se é virgem de tratamento.

26 - Medicamentos: Elenco dos medicamentos para hepatite B no SUS: O médico deverá assinalar um "x" no esquema prescrito de acordo com o PCDT de Hepatite B e Coinfecções.

27 – Observação: Inserir quaisquer observações que se façam necessárias para o processo de cadastro e dispensação de medicamentos para Hepatite B.

28 – Prescritor: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição. Preencher com o CRM do profissional. Caso ele não esteja cadastrado, deve-se proceder a inserção no sistema.

29 - Recibo: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o quantitativo de medicamentos prescritos naquela dispensação. Informar o número de dias a que cada dispensação se refere para que o sistema realize o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento.