

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?*

8 – Este formulário é válido por:*

9 - Origem do acompanhamento médico*

10 - Peso:*

11 - CID-10*

12 - Paciente coinfetado?*

Sem Coinfecção
HIV Hepatite C

13 - Exame de HBeAg:*

14 - Exame de ALT?*

15 - Exame de HBV-DNA:*

Resultado: UI/mL
Data:

16 - Gravidade de cirrose
(Child-Pugh)*

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

18 – Resultado BHcG para
mulheres entre 12 – 49 anos:

19 – Diagnóstico Materno (apenas para gestante): Data do diagnóstico

IG

20 - Indicação terapêutica:*

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 alfapeginterferona
Não apresenta.

22 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*

Consumo atual de álcool e/ou drogas;
Cardiopatía 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*

CRM: RMS: / UF:

(Carimbo e assinatura)

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)

JUN2021

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 indicado 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 possuem nome social que diverja 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 Coinfecado:** Se o(a) paciente não possui coinfeção 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:** Informar 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.