

Formulário de Solicitação de Medicamentos
PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO

1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde

2 - CPF*

3 – SINAN

4 - Prontuário

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 – Este formulário é válido por:*

- 30 dias 90 dias 150 dias
 60 dias 120 dias 180 dias

8 - Origem do acompanhamento médico*

- Público Privado

9 - Peso:

10 - CID-10*

- B18.0 B18.1
 B16.0 B16.2

11 - Indicação terapêutica:*

- Profilaxia pré-transplante hepático Profilaxia pós-transplante hepático

12 - Previsão de tempo até o transplante:

- Até 3 meses Mais de 3 meses

13 - Coinfecção com HIV?*

- Sim Não

14 - Anti HBc IgM:*

- Reagente
 Não Reagente

15 - Exame de HBeAg:*

- Reagente
 Não Reagente

16 – Exame de HBV-DNA (obrigatório se o HBeAg não reagente)

- Acima do limite de detecção e **acima** de 100.000 cópias/ML
 Acima do limite de detecção e **abaixo** de 100.000 cópias/ML
 Abaixo do limite de detecção

17 - Registro de dispensação*

Para preenchimento exclusivo do médico

Lamivudina 100mg (comprimido)

Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.

Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI

Administrar _____ UI, por via intramuscular, 1(uma) vez _____.

18 - Observação:

19 - Médico*

(Carimbo e assinatura)

CRM: _____ UF: _____

Data: __/__/__

20 - 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)

JUN2020

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 possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 07- Este formulário é válido por:** Especificar por quanto tempo a prescrição é válida.
- 08 - Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 09 - Peso:** Preencher com o peso do paciente, em quilogramas, atualizado.
- 10 – 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) ou CID B16.2 (Hepatite viral aguda B sem agente delta, com coma).
- 11 - Indicação terapêutica:** Informar qual a indicação terapêutica para a utilização dos medicamentos contra o vírus da hepatite B.
- 12 - Previsão de tempo até o transplante:** Para pacientes com indicação de profilaxia pré-transplante hepático, indicar qual a previsão de tempo até o que transplante seja efetivamente realizado.
- 13 – Coinfecção com HIV?** Informar se o(a) paciente é ou não coinfestado pelo HIV.
- 14 – Anti HBc IgM:** Informar se o Anti-HBc IgM é reagente ou não reagente.
- 15 - Exame de HBeAg:** Informar se o HBeAg é reagente ou não reagente.
- 16 – Exame de HBV-DNA:** Informar o resultado da carga viral da Hepatite B – HBV-DNA.
- 17 – Registro de dispensação:** Elenco de medicamentos disponíveis no SUS: O médico deverá assinalar um “x” no esquema prescrito de acordo com o PCDT de Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B pós-transplante Hepático.
- 18 – Observação:** Inserir quaisquer observações que se façam necessárias para o processo de cadastro e dispensação de medicamentos para Profilaxia da reinfecção pelo vírus da hepatite B pós-transplante hepático.
- 19 – Médico/CRM:** 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.
- 28 - 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.