

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; | ☐ Insuficiência hepática; |
| ☐ Manifestações extra-hepáticas com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliarterite nodosa; | ☐ Não apresentou soroconversão do anti-HBs após 48 semanas de tratamento com alfapecinterferona; |
| ☐ Hepatite aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias); | ☐ Elevação de ALT/AST após 48 semanas de tratamento com alfapecinterferona; |
| ☐ Reativação de hepatite B crônica; | ☐ Paciente com HBV-DNA maior que 20.000 UI/mL após a 24ª semana de tratamento com alfapecinterferona |
| ☐ Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2F2 ou elastografia hepática maior que 7,0 kPa; | ☐ Não apresenta. |

22 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*

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

23 - Contraindicação ao uso de:*

☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir
☐ Entecavir ☐ Sem contraindicação

24 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*

☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir
☐ Entecavir ☐ Nenhuma

25 - Uso prévio de:*

☐ Nenhum (Virgem de tratamento)
☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir
☐ Entecavir ☐ Lamivudina

26 - Registro de dispensação*

Para preenchimento exclusivo do médico

Para preenchimento exclusivo da farmácia

☐ **Alfapecinterferona 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: _____
Data: ____/____/____

(Carimbo e assinatura)

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)

- 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)

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- 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 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:** : 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.