

## 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 coinfectado?*	13 - Exame de HBeAg:*	14 - Exame de ALT?*	15 - Exame de HBV-DNA:*
Sem Coinfecção HIV      Hepatite C			Resultado: UI/mL Data:
16 - Gravidade de cirrose <small>(Child-Pugh)</small>			
17 - Exame de anti-HDV IgG <small>obrigatório para CID B18.0:</small>	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; 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 Entecavir	Tenofovir Lamivudina
--	-------------------------

**26 - Registro de dispensação\***

Para preenchimento exclusivo do médico	Para preenchimento exclusivo da farmácia
<b>Alfapeginterferona 2a 180mcg</b> Aplicar 180mcg/1,73m <sup>2</sup> , por via subcutânea, uma vez por semana.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
<b>Entecavir 0,5mg</b> Tomar _____ comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
<b>Tenofovir 300mg</b> 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: ___/___/___      _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Dias <small>(Assinatura do usuário)</small>	4ª dispensação Data: ___/___/___      _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Dias <small>(Assinatura do usuário)</small>
2ª dispensação Data: ___/___/___      _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Dias <small>(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data: ___/___/___      _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Dias <small>(Assinatura do usuário)</small>
3ª dispensação Data: ___/___/___      _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Dias <small>(Assinatura do usuário)</small>	6ª dispensação Data: ___/___/___      _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Dias <small>(Assinatura do usuário)</small>

## 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 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 Coinfecção:** Se o(a) paciente não possui coinfeção ou é coinfecção 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.