

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C

1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde

2 - CPF*

3 - SINAN

4 - Prontuário

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Tempo de tratamento:*

8 - Origem do acompanhamento médico*

9 - Peso:*

10 - CID-10*

11 - Paciente coinfectado?*

Sem Coinfecção
HIV
Hepatite B sem agente Delta
Hepatite B com agente Delta

12 - Exame de Carga Viral em UI/mL*

Validade de 12 meses

Data do exame

13 – Genotipagem*

Obrigatória a apresentação da cópia do exame

14 - Estadiamento Hepático*

Resultado APRI*
Outro exame para estadiamento hepático*:

15 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*

16 - Paciente possui doença renal crônica grave (Depuração de creatinina inferior a 30mL/min)*

Se Sim - obrigatória a apresentação da cópia do exame de creatinina sérica ou clearance de creatinina; Validade de 6 meses

17 - Uso prévio de esquemas com DAA*

Nenhum (virgem de tratamento com DAA)
Simeprevir+sofosbuvir Glecaprevir/pibrentasvir
Sofosbuvir+daclatasvir Elbasvir/grazoprevir
Sofosbuvir+ribavirina Sofosbuvir+alfapeginterferona+ribavirina
Sofosbuvir/ledipasvir Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir
Sofosbuvir/velpatasvir Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir±ribavirina

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

19 - 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 _____

Glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40mg

Tomar 3 (três) comprimidos, por via oral, uma vez ao dia.

Quantidade dispensada

1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____
4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____

Ledipasvir 90mg / Sofosbuvir 400mg

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 _____

Ribavirina 250mg

Tomar cápsula (s) por via oral, _____ vezes ao dia (/ horas)

Quantidade dispensada

1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____
4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____

Sofosbuvir 400mg

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 _____

Velpatasvir 100mg/ sofosbuvir 400mg

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 _____

20 - Observação:

21 - Médico*

CRM:

UF:

Data:

(Carimbo e assinatura)

22 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)

1ª dispensação

Data: ___/___/___

(Assinatura do farmacêutico)

Dispensação para _____
Semanas

(Assinatura do usuário)

4ª dispensação

Data: ___/___/___

(Assinatura do farmacêutico)

Dispensação para _____
Semanas

(Assinatura do usuário)

2ª dispensação

Data: ___/___/___

(Assinatura do farmacêutico)

Dispensação para _____
Semanas

(Assinatura do usuário)

5ª dispensação

Data: ___/___/___

(Assinatura do farmacêutico)

Dispensação para _____
Semanas

(Assinatura do usuário)

3ª dispensação

Data: ___/___/___

(Assinatura do farmacêutico)

Dispensação para _____
Semanas

(Assinatura do usuário)

6ª dispensação

Data: ___/___/___

(Assinatura do farmacêutico)

Dispensação para _____
Semanas

(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 automaticamente.
- 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 roubo ou outro, esteja sem documentação, informar provisoriamente como Pessoa em situação de rua e colocar 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 divirja do nome de registro.
- 07 - Peso:** Preencher com o peso atualizado do paciente em quilograma.
- 08 - Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS;
- 09 - Tempo de tratamento:** Especificar se o tempo de tratamento é de 8, 12, 16, 24, ou 48 semanas, com retirada de no máximo 12 semanas (84 dias). O Ministério da Saúde envia os quantitativos solicitados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo à unidade o gerenciamento do estoque para garantir, sem interrupções, o tratamento completo aos pacientes que iniciarem a terapia. O médico deverá especificar o tempo de tratamento de acordo com a condição clínica de cada paciente e conforme critérios do PCDT.
- 10 - CID:** Preencher com a CID-10 B17.1 (hepatite C aguda) ou CID-10 B18.2 (hepatite C crônica);
- 11 - Paciente Coinfecção:** Se o paciente é coinfecção HIV, Hepatite B sem agente delta, Hepatite B com agente delta ou sem coinfecção .
- 12 - Exame de carga viral em UI/mL:** Informar o valor do último exame de carga viral e a data de realização.
- 13 - Genotipagem:** Informar se o paciente possui o genótipo do HCV, para os casos onde não é obrigatória a apresentação da genotipagem assinalar o campo “não se aplica”.
- 14 - Estadiamento hepático:** Informar a resultado do APRI, calculado conforme o PCDT e, informar sobre resultados de outros métodos, quando realizado.
- 15 - Grau de cirrose:** Informar qual a classificação da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh (calculado conforme o PCDT).
- 16 - Paciente possui doença renal crônica grave:** Informar se o pacientes possuir depuração de creatinina <30ml/min. Para os resultados abaixo deste valor, é obrigatória a apresentação do resultado do exame de creatinina (para cálculo do clearance) sérica ou clearance de creatinina.
- 17 - Uso prévio de esquemas com DAA:** Informar sobre esquemas prévios utilizados pelo paciente, compostos por antivirais de ação direta descritos nas opções.
- 18 –Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos:** Informra resultado do exame BHcG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil.
- 19 - Medicamentos:** Lista dos medicamentos para hepatite C no SUS: O médico deverá assinalar um “x” no esquema prescrito de acordo com o PCDT de Hepatite C e Coinfecções e Nota Informativa nº13/2019.
- 20 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 21 - CRM:** Preencher com o CRM do profissional. Caso ele não esteja cadastrado, deve-se proceder a inserção no sistema.
- 22 - Recibo:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação. Informar o número de semanas da dispensação atual para realizar o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento.