

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

Para solicitação de medicamentos, o preenchimento dos campos de 1 a 33 deve ser realizado obrigatoriamente pelo médico.

| | | | |
|---|------------------------------------|---|---|
| 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?* |
| <input type="radio"/> Sem Coinfecção <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Hepatite C <input type="radio"/> Hepatite Delta | | 15 - Exame de HBV-DNA:* | 16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)* |
| 17 - Exame de anti-HDV IgG:* | | 18 - Exame de HDV-RNA:* | 19 - Resultado Beta-HCG?* |
| (obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0) | | (obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0) | |
| | | 20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo): | |
| | | <input type="radio"/> Data do diagnóstico <input type="radio"/> Idade gestacional semanas de gestação | |
| 21 - Indicação terapêutica:* | | | |
| 22 - Situação para profilaxia da reativação viral:* | | 23 - Doador apresenta:* | |
| (obrigatório se prevenção da reativação viral) | | (obrigatório se profilaxia da reinfecção ou prevenção da reativação viral por transplante) | |
| HBsAg | | Anti-HBc total | |
| | | | |
| | | 24 - Receptor apresenta:* | |
| | | (obrigatório se Profilaxia da reinfecção ou prevenção da reativação viral por transplante) | |
| HBsAg | | Anti-HBc total | |
| | | | |
| | | 25 - Risco de reativação viral:* | |
| | | (obrigatório se Prevenção da reativação viral) | |
| | | 26 – Momento da profilaxia da reinfecção:* | |
| | | (obrigatório se Profilaxia da reinfecção pós-transplante hepático) | |
| 27 - Risco de reinfecção pós-transplante hepático:* | | 28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação:* | |
| (obrigatório se Profilaxia da reinfecção pós-transp. hepático) | | (Se baixo risco – campo 25) | |
| 29 - Outros critérios para indicação de tratamento:* | | | |
| História familiar de carcinoma hepatocelular (CHC); Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculites, nefropatia poliarterite nodosa, neuropatia periférica; Hepatite aguda grave (INR > 1,5; icterícia por mais de 4 semanas, encefalopatia ou ascite); Reativação de hepatite B crônica; Doença hepática avançada; Hepatite fulminante Paciente pediátrico (<18 anos) com ALT >=1,3x LSN por mais de 6 meses Paciente pediátrico com sinais clínicos, ultrassonográficos e endoscópicos de cirrose. | | Estadiamento de fibrose em zona cinzenta com critério clínico associado a um pior prognóstico da hepatite B crônica (sexo masculino, idade > 40 anos, história familiar de cirrose por HBV ou por causa desconhecida, ou presença de outras causas de hepatopatia); Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2 e ou F2 Elastografia hepática: EHT >9 kPa (níveis normais de ALT) ou >12 kPa (ALT entre 1 e 5x LSN), ou pSWE/ARFI ≥1,8 m/seg, ou 2D-SWE >10 kPa Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV Não apresenta. | |
| 30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?* | | | |
| Consumo atual de álcool e/ou drogas; | | Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo | Neoplasia recente |
| Cardiopatia ou pneumopatia grave; | | Antecedente de transplante, exceto hepático | Exacerbação aguda de hepatite viral |
| Disfunção tireoidiana não controlada; | | Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia | Insuficiência hepática grave |
| Distúrbios psiquiátricos não tratados; | | Doença auto-imune | Hepatite auto-imune |
| Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda | | Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir | Nenhuma |
| | | Doença renal crônica | |
| 31 - Contra-indicação ao uso de:* | | 32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:* | |
| Alfapecinterferona Tenofovir (TDF) | | Alfapecinterferona Tenofovir Nenhuma | |
| Entecavir TAF Sem contra-indicação | | Entecavir TAF | |
| | | 33 – Uso prévio de:* | |
| | | Nenhuma (Virgem de tratamento) | |
| | | Alfapecinterferona Tenofovir | |
| | | Entecavir TAF Lamivudina | |

34 - Registro de dispensação*

| Para preenchimento exclusivo do médico | Para preenchimento exclusivo da farmácia |
|---|--|
| Alfapecinterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m ² , 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 (TDF) 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 _____ |
| Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg 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 _____ |
| Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês. | Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____ |

35 - Observação:

36 - Prescritor* _____ CRM: _____ RMS: _____ / UF: _____
 _____ Data: _____
(Carimbo e assinatura)

37 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)

| | |
|--|--|
| 1ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias | 4ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias |
| (Assinatura do farmacêutico) | (Assinatura do farmacêutico) |
| (Assinatura do usuário) | (Assinatura do usuário) |
| 2ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias | 5ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias |
| (Assinatura do farmacêutico) | (Assinatura do farmacêutico) |
| (Assinatura do usuário) | (Assinatura do usuário) |
| 3ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias | 6ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias |
| (Assinatura do farmacêutico) | (Assinatura do farmacêutico) |
| (Assinatura do usuário) | (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)

SETEMBRO/2023

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).
- 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 B16.0 (Hepatite aguda B com agente Delta (coinfecção), com coma hepático); B16.1 (Hepatite aguda B com agente Delta, (coinfecção), sem coma hepático); B16.2 (Hepatite aguda B sem agente Delta, com coma hepático); B16.9 (Hepatite aguda B sem agente Delta e sem coma hepático); B17.0 (Superinfecção Delta aguda de portador de hepatite B); B18.0 (hepatite viral crônica B com agente Delta) ou B18.1 (hepatite viral crônica B sem agente Delta)
- 12 – Paciente Coinfectado: Se o(a) paciente não possui coinfecção ou se é coinfecção pelo HDV, HIV ou HCV.
- 13 – Exame de HBeAg: Informar se o HBeAg é reagente ou não reagente. O preenchimento do campo não é obrigatório se o paciente apresentar: a) indicação para prevenção da reativação viral (Campo 21); b) hepatite aguda grave ou hepatite fulminante(Campo 29); ou c) Paciente em profilaxia da reinfecção no pós-transplante hepático (campo 26)
- 14 – Exame de ALT: Informar se o exame de Alanina Aminotransferase (ALT) é maior ou menor do que uma vez e meia 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 com indicação para prevenção da reativação viral (Campo 21); b) gestante com HBeAg reagente e idade gestacional >= 24 semanas; c) paciente com hepatite aguda grave ou hepatite fulminante (Campo 29); ou d) Paciente em profilaxia da reinfecção no pós-transplante hepático (campo 26)
- 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 B16.0, B16.1, B17.0 ou B18.0.
- 18 – Exame de HDV-RNA: Informar se o resultado da carga viral da Hepatite Delta (HDV-RNA) é detectável ou não detectável. Obrigatório para pacientes com a CID-10 B16.0, B16.1, B17.0 ou B18.0.
- 19 – Resultado bHCG para mulheres entre 12 – 49 anos: Informa resultado do exame bHCG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil.
- 20 – Diagnóstico materno: O campo deve ser preenchido somente se paciente gestante (exame beta-HCG positivo), especificando data do diagnóstico e idade gestacional.
- 21 – Indicação terapêutica: Informar qual a indicação terapêutica para a utilização dos medicamentos contra o vírus da hepatite B.
- 22 – Situação para profilaxia da reativação viral: Informar a situação com risco de reativação viral a qual o paciente será submetido. O campo deve ser preenchido somente se a indicação terapêutica for prevenção da reativação viral.
- 23 – Doador apresenta: Informar situação de HBsAg e Anti-HBc do doador do órgão sólido. O campo deve ser preenchido somente se a indicação terapêutica for: a) prevenção da reativação viral por transplante de órgão sólido (Campos 21 e 22) ou b) profilaxia da reinfecção pós transplante hepático (Campo 21).
- 24 – Receptor apresenta: Informar situação de HBsAg e Anti-HBc do receptor do órgão sólido (paciente a ser tratado com antiviral). O campo deve ser preenchido somente se a indicação terapêutica for: a) prevenção da reativação viral por transplante de órgão sólido (Campos 21 e 22) ou b) profilaxia da reinfecção pós transplante hepático (Campo 21).
- 25 – Risco de reativação viral: Informar a classificação de risco de reativação viral de acordo com os Quadros 14 e 15 do PCDT de Hepatite B e Coinfecções.
- 26 – Momento da profilaxia da reinfecção: Informar o momento em que está sendo solicitado o tratamento medicamentoso quando houve indicação terapêutica de profilaxia da reinfecção pós-transplante hepático (Campo 21).
- 27 – Risco de reinfecção pós-transplante hepático: Informar a classificação de risco de reinfecção de acordo com o Quadro 16 do PCDT de Hepatite B e Coinfecções.
- 28 – Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação viral: Informar se há necessidade de estabelecer terapia preemptiva de acordo com o Capítulo 15 do PCDT de Hepatite B e Coinfecções.
- 29 – Outros critérios para indicação de tratamento: Informar se o(a) paciente apresenta algumas das situações clínicas listadas, ou se não apresenta.
- 30 – O paciente apresenta alguma das seguintes condições?: Informar se o paciente apresenta alguma(s) das condições listadas, ou se não apresenta.
- 31 – Contraindicação ao uso de: Informar se o(a) paciente apresenta alguma contraindicação ao uso dos medicamentos listados, ou se não apresenta nenhuma contraindicação.
- 32 – 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.
- 33 - Uso prévio de: Informar se o(a) paciente já fez uso de algum medicamento listado, ou se é virgem de tratamento.
- 34 - 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.
- 35 – Observação: Inserir quaisquer observações que se façam necessárias para o processo de cadastro e dispensação de medicamentos para Hepatite B.
- 36 – 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.
- 37 - Recibo: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o quantitativo de medicamentos recebidos 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.