

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C

Maio2025

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 semanas ☐ 16 semanas ☐ 48 semanas
☐ 12 semanas ☐ 24 semanas

8 - Origem do acompanhamento médico*

☐ Público ☐ Privado

9 - Peso:*

10 - CID-10*

☐ B17.1 ☐ B18.2

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

☐ < 500
☐ 500 – 6 milhões
☐ > 6 milhões

Data do exame ____/____/____

13 – Genotipagem*

Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
☐ Indeterminado
☐ Não se aplica

14 - Estadiamento Hepático*

Resultado APRI* ☐ <1 ☐ ≥1 e <2 ☐ ≥2

15 - Escala METAVIR

(Elastografia, biópsia hepática ou outro)

☐ F0 ☐ F1 ☐ F2 ☐ F3 ☐ F4

16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*

☐ Sem Cirrose
☐ Child A
☐ Child B ou C

17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção*

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

18 – Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos: ☐ Positivo ☐ Negativo

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 _____

☐ **Daclatasvir 60mg**
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 _____

☐ **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 _____

☐ **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 _____

☐ **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 _____

☐ **Sofosbuvir 400mg/ Velpatasvir 100 mg/ Voxilaprevir 100 mg**
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)

Maior/2025

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 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 Coinfectado:** Se o paciente é coinfectado HIV, Hepatite B sem agente delta, Hepatite B com agente delta ou sem coinfeção .
- 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. Preenchimento do campo não exigido para pacientes com cirrose Child B ou C.
- 15 - Escala METAVIR:** Informar a escala METAVIR para caracterização do estadiamento de fibrose e cirrose hepática. Preenchimento não obrigatório.
- 16 - Grau de cirrose:** Informar qual a classificação da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh (calculado conforme o PCDT).
- 17 - Uso prévio de esquemas com DAA:** Informar sobre esquemas prévios utilizados pelo paciente para a mesma infecção, compostos por antivirais de ação direta descritos nas opções, quando não houver resposta virológica sustentada (RVS). Nos casos de reinfeção, deve-se considerar o paciente virgem de tratamento.
- 18- Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos:** Informar 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 nº05/2025.
- 10 - 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.