

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/1,73m ² , 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* _____ (Carimbo e assinatura)	CRM:	UF:	Data:
--------------------------------------------------	------	-----	-------

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 Coinfestado:** Se o paciente é coinfestado 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 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.