

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE B

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)

Preencher com número do cartão SUS

Preenchimento obrigatório. Exceções: estrangeiros; pessoa em situação de rua ou pessoa privada de liberdade no momento; indígena

Preenchimento obrigatório para dispensação do medicamento nas unidades da rede municipal de saúde de São Paulo. **SINAN de Hepatite B**

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B			
<small>Para solicitação de medicamentos, o preenchimento dos campos de 1 a 33 deve ser realizado obrigatoriamente pelo médico.</small>			
1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	2 - CPF*	3 - SINAN	4 - Prontuário
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*			
<small>Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).</small>			
6 - Nome Social			
<small>Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que divirja do nome de registro.</small>			

Informar se o paciente está iniciando o tratamento com este formulário ou não (já realizava tratamento para hepatite B).

Especificar por quanto tempo a prescrição é válida

Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados ou do SUS

Peso atualizado do paciente em kg

7 - Início de tratamento?*	8 - Este formulário é válido por:*	9 - Origem do acompanhamento médico*	10 - Peso:*	11 - CID-10*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 180 dias	<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado		<input type="radio"/> B16.2 <input type="radio"/> B16.9 <input type="radio"/> B17.0 <input type="radio"/> B18.0	<input type="radio"/> B18.1 <input type="radio"/> B16.0 <input type="radio"/> B16.1
12 - Paciente coinfectado?*	13 - Exame de HBeAg:*	14 - Exame de ALT?*	15 - Exame de HBV-DNA:*	16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*	
<input type="radio"/> Sem Coinfecção <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatite C <input type="checkbox"/> Hepatite Delta	<input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	<input type="radio"/> Maior que 1,5 vezes LSN <input type="radio"/> Menor que 1,5 vezes LSN	Resultado: _____ UI/mL Data: / /	<input type="radio"/> Sem Cirrose <input type="radio"/> Child A <input type="radio"/> Child B ou C	

CID-10:

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)

B18.1 (hepatite viral crônica B sem agente Delta)

Obrigatório para pacientes com a CID-10 B16.0, B16.1, B17.0 ou B18.0

Obrigatório para pacientes com a CID-10 B16.0, B16.1, B17.0 ou B18.0

Para mulheres entre 12 – 49 anos: Informar resultado do exame bHCG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil

17 - Exame de anti-HDV IgG: <small>(obrigatório para CID-10 B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)</small> <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	18 - Exame de HDV-RNA: <small>(obrigatório para CID-10 B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)</small> <input type="radio"/> Detectável <input type="radio"/> Não detectável	19 - Resultado Beta-HCG?*: <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Uso de métodos contraceptivos de alta eficácia ou definitivos	20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo): <input type="radio"/> Data do diagnóstico ____/____/____ <input type="radio"/> Idade gestacional ____ semanas de gestação
--	---	--	---

O campo deve ser preenchido somente se paciente gestante (exame beta-HCG positivo), especificando data do diagnóstico e idade gestacional

Informar qual a indicação terapêutica para a utilização dos medicamentos contra o vírus da hepatite B

21 - Indicação terapêutica:*	<input type="radio"/> Tratamento da Hepatite B	<input type="radio"/> Prevenção da Transmissão vertical	<input type="radio"/> Prevenção da reativação viral
	<input type="radio"/> Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático	<input type="radio"/> Profilaxia do profissional de saúde	

Os campos 22 e 25 devem ser preenchidos somente se a indicação terapêutica for **prevenção da reativação viral**

Os campos 23 e 24 devem ser preenchidos somente se a indicação terapêutica for: a) prevenção da reativação viral por transplante de órgão sólido (Campos 21 e 22) ou b) profilaxia da reinfeção pós transplante hepático (Campo 21).

Informar a classificação de risco de reativação viral de acordo com os **Quadros 14 e 15** do PCDT de Hepatite B e Coinfecções

22 - Situação para profilaxia da reativação viral: <small>(obrigatório se prevenção da reativação viral)</small> <input type="radio"/> Terapia imunossupressora ou quimioterapia <input type="radio"/> Candidatos a transplante de órgãos sólidos	23 - Doador apresenta: <small>(obrigatório se profilaxia da reinfeção ou prevenção da reativação viral por transplante)</small> HBsAg <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente Anti-HBc total <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	24 - Receptor apresenta: <small>(obrigatório se Profilaxia da reinfeção ou prevenção da reativação viral por transplante)</small> HBsAg <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente Anti-HBc total <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	25 - Risco de reativação viral: <small>(obrigatório se Prevenção da reativação viral)</small> <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Baixo
26 - Momento da profilaxia da reinfeção: <small>(obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático)</small> <input type="radio"/> Pré-transplante hepático <input type="radio"/> Pós-transplante hepático	27 - Risco de reinfeção pós-transplante hepático: <small>(obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transpl. hepático)</small> <input type="radio"/> Alto risco <input type="radio"/> Baixo risco <input type="radio"/> Muito baixo risco	28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação: <small>(Se baixo risco - campo 25)</small> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

Informar a classificação de risco de reinfeção de acordo com o **Quadro 16** do PCDT de Hepatite B e Coinfecções. Obrigatório se a indicação terapêutica for **Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático**

Se campo 25 foi preenchido como baixo risco, informar se há necessidade de estabelecer terapia preemptiva de acordo com o Capítulo 15 do PCDT de Hepatite B e Coinfecções.

Obrigatório se a indicação terapêutica for **Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático**

29 - Outros critérios para indicação de tratamento:*	<input type="checkbox"/> História familiar de carcinoma hepatocelular (CHC); <input type="checkbox"/> Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculites, nefropatia poliarterite nodosa, neuropatia periférica; <input type="checkbox"/> Hepatite aguda grave (INR > 1,5; icterícia por mais de 4 semanas, encefalopatia ou ascite); <input type="checkbox"/> Reativação de hepatite B crônica; <input type="checkbox"/> Doença hepática avançada; <input type="checkbox"/> Hepatite fulminante <input type="checkbox"/> Paciente pediátrico (<18 anos) com ALT >=1,3x LSN por mais de 6 meses <input type="checkbox"/> Paciente pediátrico com sinais clínicos, ultrassonográficos e endoscópicos de cirrose.	<input type="checkbox"/> 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); <input type="checkbox"/> Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2 e ou F2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV <input type="checkbox"/> Não apresenta.	
30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*	<input type="checkbox"/> Consumo atual de álcool e/ou drogas; <input type="checkbox"/> Cardiopatia ou pneumopatia grave; <input type="checkbox"/> Disfunção tireoidiana não controlada; <input type="checkbox"/> Distúrbios psiquiátricos não tratados; <input type="checkbox"/> Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda	<input type="checkbox"/> Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo <input type="checkbox"/> Antecedente de transplante, exceto hepático <input type="checkbox"/> Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia <input type="checkbox"/> Doença auto-imune <input type="checkbox"/> Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir <input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Neoplasia recente <input type="checkbox"/> Exacerbação aguda de hepatite viral <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave <input type="checkbox"/> Hepatite auto-imune <input type="checkbox"/> Nenhuma

Campos 29 e 30: Informar se o(a) paciente apresenta algumas das situações clínicas listadas, ou se não apresenta

Informar se o(a) paciente apresenta alguma contraindicação ao uso dos medicamentos listados, ou se não apresenta nenhuma contraindicação

Informar se o(a) paciente já fez uso de algum medicamento listado, ou se é virgem de tratamento

31 - Contraindicação ao uso de:*	32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*	33 - Uso prévio de:*
<input type="checkbox"/> Alfapeginterferona <input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF) <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> TAF <input type="checkbox"/> Sem contraindicação	<input type="checkbox"/> Alfapeginterferona <input type="checkbox"/> Tenofovir <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> TAF	<input type="checkbox"/> Nenhum (virgem de tratamento) <input type="checkbox"/> Alfapeginterferona <input type="checkbox"/> Tenofovir <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> TAF <input type="checkbox"/> Lamivudina

Informar se o(a) paciente apresentou resistência ou falha terapêutica pelo uso dos medicamentos listados, ou se não apresentou

O médico deverá assinalar um "x" no esquema prescrito de acordo com o PCDT de Hepatite B e Coinfecções. Para o entecavir, preencher com 1 ou 2 comprimidos, conforme prescrição

34 - Registro de dispensação*							
Para preenchimento exclusivo do médico			Para preenchimento exclusivo da farmácia				
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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:

Inserir quaisquer observações que se façam necessárias para o processo de cadastro e dispensação de medicamentos para Hepatite B

36 - Prescritor*

CRM: _____ RMS: _____ / UF: _____
Data: ___/___/___

(Carimbo e assinatura)

Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

Preencher com a data e o CRM do profissional.

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

37 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)	
<p>1ª dispensação Data: ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ Dias (Assinatura do usuário)</p>	<p>4ª dispensação Data: ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ Dias (Assinatura do usuário)</p>
<p>2ª dispensação Data: ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ Dias (Assinatura do usuário)</p>	<p>5ª dispensação Data: ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ Dias (Assinatura do usuário)</p>
<p>3ª dispensação Data: ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ Dias (Assinatura do usuário)</p>	<p>6ª dispensação Data: ___/___/___ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ___ Dias (Assinatura do usuário)</p>

- A farmácia poderá arquivar de forma digital e/ou impressa, pelo prazo de 5 anos, uma cópia simples do “formulário de solicitação de medicamentos”. O documento original pode ser devolvido ao paciente após a inserção de todas as variáveis no SICLOM-HV
- O “formulário de solicitação de medicamentos” especificará a necessidade da apresentação de exame para fins de conferência pela equipe de farmácia, quando necessário. Nessas situações, o resultado do exame deve ser o mesmo daquele informado no campo do “formulário de solicitação de medicamentos”. A farmácia não precisa manter o exame arquivado
- O “formulário de solicitação de medicamentos” tem validade máxima de 90 (noventa) dias, a partir de sua data de emissão, para que os medicamentos sejam requeridos junto às farmácias
(NT SMS.G nº04/2022)