

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE C

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)

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 C**

Preencher com número do cartão SUS

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C OUT/2023

1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	2 - CPF*	3 - SINAN	4 - Prontuário
5 - Nome Completo do Usuário - Civil* Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).			
6 - Nome Social Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que diverja do nome de registro.			

Especificar se o tempo de tratamento é de 8, 12, 16, 24, ou 48 semanas, com retirada de no máximo 12 semanas (84 dias)

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

Peso atualizado do paciente em kg

7 - Tempo de tratamento.* <input type="radio"/> 8 semanas <input type="radio"/> 16 semanas <input type="radio"/> 48 semanas <input type="radio"/> 12 semanas <input type="radio"/> 24 semanas	8 - Origem do acompanhamento médico* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	9 - Peso:*	10 - CID-10* <input type="radio"/> B17.1 <input type="radio"/> B18.2
---	---	------------	---

CID-10:

B17.1 (Hepatite C aguda)

B18.2 (Hepatite C crônica)

Informar o valor do último exame de carga viral e a data de realização

Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças

11 - Paciente coinfectado?* <input type="radio"/> Sem Coinfecção <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatite B sem agente Delta <input type="checkbox"/> Hepatite B com agente Delta	12 - Exame de Carga Viral em UI/mL* Validade de 12 meses <input type="radio"/> < 500 <input type="radio"/> 500 – 6 milhões <input type="radio"/> > 6 milhões Data do exame ___ / ___ / ___	13 - Genotipagem* Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> Não se aplica	14 - Estadiamento Hepático* Resultado APRI* <input type="radio"/> <1 <input type="radio"/> ≥1 e <2 <input type="radio"/> ≥2 15 - Escala METAVIR (Elastografia, biópsia hepática ou outro) OF0 OF1 OF2 OF3 OF4
--	--	---	---

Informar a escala METAVIR para caracterização do estadiamento de fibrose e cirrose hepática. **Preenchimento não obrigatório**

Informar a resultado do APRI, calculado conforme o PCDT

Informar qual a classificação da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh (calculado conforme o PCDT)

Informar sobre esquemas prévios utilizados pelo paciente **para a mesma infecção**, compostos por antivirais de ação direta descritos nas opções, **quando não houver reposição virológica sustentada (RVS). Nos casos de reinfeção, deve-se considerar o paciente virgem de tratamento**

16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)* <input type="radio"/> Sem Cirrose <input type="radio"/> Child A <input type="radio"/> Child B ou C	17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção* <input type="checkbox"/> Nenhum (virgem de tratamento com DAA) <input type="checkbox"/> Sofosbuvir/ledipasvir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir/alfapeginterferona+ribavirina <input type="checkbox"/> Sofosbuvir/velpatasvir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir/velpatasvir <input type="checkbox"/> Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir±ribavirina <input type="checkbox"/> Sofosbuvir+daclatasvir <input type="checkbox"/> Glecaprevir/pibrentasvir <input type="checkbox"/> Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir+ribavirina <input type="checkbox"/> Elbasvir/grazoprevir
--	--

18 - Resultado BHCg para mulheres entre 12 – 49 anos: Positivo Negativo

O médico deverá assinalar um "x" no esquema prescrito de acordo com o PCDT de Hepatite C e Coinfecções e notas técnicas vigentes. Para a ribavirina, preencher a posologia, conforme prescrição

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

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

21 - Médico* CRM: _____ UF: _____
Data: ____/____/____
(Carimbo e assinatura)

Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
Preencher com a data e o CRM do profissional.

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)

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.

- 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)