



COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

ATUALIZAÇÃO EM HEPATITES VIRAIS B E C: TRATAMENTOS E FLUXOS DE MEDICAMENTOS

Secretaria Municipal de Saúde
Programa Municipal de Hepatites Virais
Divisão de Vigilância Epidemiológica
COVISA – SMS

PCDTs, Notas técnicas e SICLOM



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Objetivos apresentação

- Reforçar os principais tratamentos indicados nos PCDTs e Notas Técnicas vigentes para Hepatites B e C
- Entender como isso afeta a dispensação de medicamentos no sistema SICLOM-HV
- Indicar onde obter informações sobre tratamento Hepatites B e C



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatites B e C – PCDTs e Notas Técnicas

- **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**
 - Documento norteador que estabelece critérios para o diagnóstico, tratamento, posologia, acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos de uma doença ou agravo à saúde
 - Contempla todas as possibilidades terapêuticas incorporadas no SUS

Hepatite C
2019



Hepatite B
2023



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatites B e C – PCDTs e Notas Técnicas

- Os PCDTs não tem uma periodicidade definida para atualização
- Para Hepatites B e C, os tratamentos disponíveis para dispensação dependem de aquisição pelo Ministério da Saúde, seguindo o critério de custo-minimização (menor impacto financeiro, sem deixar de garantir o acesso a terapias seguras e eficazes)
- Adicionalmente, as recomendações de tratamento podem ser atualizadas conforme avanços científicos e mudanças nas bulas de medicamentos registrados na ANVISA



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatites B e C – PCDTs e Notas Técnicas

Nota técnica: Documento específico emitido pelo MS sempre que uma nova aquisição for realizada ou que mudanças nas recomendações de tratamento forem indicadas.

Hepatite B: NOTA TÉCNICA Nº 92/2024-CGAHV/.DATHI/SVSA/MS - Informa sobre a mudança na bula do tenofovir alafenamida e atualiza as recomendações para o uso desse medicamento no tratamento da hepatite B no âmbito do SUS.

Hepatite C: NOTA TÉCNICA Nº 5/2025-CGHV/.DATHI/SVSA/MS – Revoga e substitui as orientações da NOTA TÉCNICA Nº 280/2023-CGAHV/.DATHI/SVSA/MS, e atualiza os esquemas terapêuticos disponíveis para tratamento e retratamento da hepatite C no âmbito do SUS.

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/205915



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

SICLOM-HV

A dispensação de medicamentos para hepatites virais B e C é feita pelo sistema SICLOM-HV

Sistema de Controle Logístico de Medicamentos para Hepatites Virais (SICLOM-HV)

<https://siclomhepatites.aids.gov.br/index.php#>

Finalidades do SICLOM-HV:

- Cadastrar todos os Usuários SUS que serão tratados para hepatites virais B e C
- Registrar e analisar todas as dispensações dos antivirais utilizados no tratamento dessas pessoas, em conformidade com o PCDT e Notas técnicas vigentes
- Controlar as movimentações de estoques desses medicamentos em toda a cadeia de distribuição

SICLOM-HV parametrizado com os PCDTs e Notas Técnicas vigentes



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) – rede municipal



UNIDADES DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DE HEPATITES VIRAIS			
COORDENADORIA	SUPERVISÃO	UNIDADE	ATENDIMENTO
CENTRO	SANTA CECÍLIA	AMA ESPECIALIDADES DR HUMBERTO PASCALE SANTA CECÍLIA	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFETADOS*
		SAE IST/AIDS CAMPOS ELÍSEOS	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFETADOS*
		SAE IST/AIDS FIDELIS RIBEIRO	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFETADOS*
LESTE	ERMELINO MATARAZZO	AMA ESPECIALIDADES BURGO PAULISTA	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFETADOS*
		AMA ESPECIALIDADES ITAQUERA	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFETADOS*
	ITAQUERA	SAE IST/AIDS CIDADE LIDER II	pacientes da rede municipal de saúde - COINFETADOS*
	SÃO MATEUS	HOSPITAL DIA SÃO MATEUS - DR HENRIQUE CARLOS GONÇALVES	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFETADOS*
		SAE IST/AIDS SÃO MATEUS	pacientes da rede municipal de saúde - COINFETADOS*
NORTE	SÃO MIGUEL	HOSPITAL DIA SÃO MIGUEL PAULISTA	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFETADOS*
		CASA VERDE/ CACHOEIRINHA	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFETADOS*
	FREGUESIA/ BRASILÂNDIA	SAE IST/AIDS NOSSA SENHORA DO Ó	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFETADOS*
	PIRITUBA/ JARAGUA	AMA ESPECIALIDADES VILA ZATT	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFETADOS*
	SANTANA/ JACANA	SAE IST/AIDS MARCOS LUTEMBERG - SANTANA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFETADOS*
OESTE	BUTANTA	SAE IST/AIDS BUTANTÃ	pacientes da rede municipal de saúde - COINFETADOS*
		HOSPITAL DIA BUTANTÃ	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFETADOS*
	LAPA/ PINHEIROS	HOSPITAL MUNICIPAL SOROCABANA	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFETADOS*
SUDESTE	VILA PRUDENTE/ SAPOEMBA	SAE IST/AIDS PAULO CESAR BONFIM (LAPA)	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFETADOS*
		SAE IST/AIDS DR. JOSE FRANCISCO DE ARAÚJO - IPIRANGA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFETADOS*
	IPIRANGA	HOSPITAL DIA PENHA	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFETADOS*
	PENHA	SAE IST/AIDS PENHA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFETADOS*
	VILA MARIANA/ JABAQUARA	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CECI	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFETADOS*
SUL	CAMPO LIMPO	SAE IST/AIDS JABAQUARA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFETADOS*
		HOSPITAL DIA VILA PRUDENTE	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFETADOS*
	CAPELA DO SOCORRO	SAE IST/AIDS VILA PRUDENTE	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFETADOS*
	M BOI MIRIM	SAE IST/AIDS HERBERT DE SOUZA - BETINHO	pacientes da rede municipal de saúde - COINFETADOS*
	SANTO AMARO/ CIDADE ADEMAR	HOSPITAL DIA CAMPO LIMPO	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFETADOS*

*Tipo de atendimento: MONOINFETADOS são pacientes que possuem somente Hepatites; pacientes COINFETADOS são pacientes que possuem Hepatites e HIV/AIDS.

Março/2025



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite C – Nota técnica 5/2025 (MS)

- Principais medicamentos disponíveis:
 - Sofosbuvir (SOF)
 - Daclatasvir (DCV)
 - Sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL)
 - Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (SOF/VEL/VOX)
 - Sofosbuvir/velpatasvir apresentação pediátrica (SOF/VEL)



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite C – Nota técnica 5/2025 (MS)

- Esquemas de tratamento

➤ **Inicial**

Estadiamento hepático	Esquema DAA	Posologia	Duração
Escore APRI < 1 (sem cirrose)	Sofosbuvir (SOF) + Daclatasvir (DCV)	1 cp SOF + 1 cp DCV, 1x/dia	12 semanas
Escore APRI ≥ 1 e sem cirrose descompensada (Child A)	Sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL)	1 cp SOF/VEL, 1x/dia	12 semanas
Escore APRI ≥ 1 e com cirrose descompensada (Child B ou C)	Sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL)	1 cp SOF/VEL, 1x/dia	24 semanas



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite C – Nota técnica 5/2025 (MS)

- **Retratamento** (pessoas tratadas previamente com DAAs que **NÃO** obtiveram resposta virológica sustentada - RVS após 12 semanas do término do tratamento)

Estadiamento hepático	Esquema DAA	Posologia	Duração
Sem cirrose ou com cirrose compensada (Child A)	Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (SOF/VEL/VOX)	1 cp SOF/VEL/VOX, 1x/dia	12 semanas
Cirrose descompensada (Child B ou C)	Sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL)	1 cp SOF/VEL, 1x/dia	24 semanas

Atenção: Pessoas que obtiveram RVS e adquiriram nova infecção (reinfecção), deverão ser tratadas com o esquema de tratamento inicial!



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite C – Nota técnica 5/2025 (MS)

- Pacientes com coinfecção HIV/HCV

Atenção: Verificar os medicamentos da TARV!

- Nenhum dos esquemas terapêuticos disponíveis pode ser usado em conjunto com inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleotídeo (ITRNN), como efavirenz, nevirapina e etravirina. Caso a pessoa coinfected esteja em uso de TARV contendo algum desses medicamentos, a prescrição deve ser revista para possibilitar o tratamento da hepatite C
- Para pacientes coinfected com indicação de tratamento inicial com SOF + DCV, mas que estejam em uso de TARV contendo inibidores de protease (atazanavir, darunavir), deve ser substituído por SOF/VEL por 12 semanas



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite B – PCDT 2023

• Critérios para tratamento/profilaxia – itens 9.2 e 9.3

*Pacientes com HBV-DNA ≥ 2.000 UI/mL (independentemente do status do HBeAg) e níveis de ALT elevados (≥ 52 U/L para homens e ≥ 37 U/L para mulheres) em duas medidas consecutivas, com intervalo mínimo de três meses elas, **devem ser tratados**.*

- › Presença de HBeAg reagente em indivíduos com idade acima de 30 anos, independentemente dos níveis de ALT e da gravidade da lesão histológica hepática.
- › História familiar de CHC.
- › Coinfecção HBV-HIV, HBV-HCV ou HBV-HDV.
- › Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculite, nefropatia, poliarterite nodosa e neuropatia periférica.
- › Pacientes pediátricos com indicação de tratamento.
- › Prevenção da transmissão vertical em gestantes com carga viral elevada.
- › Indicação de terapia preemptiva ou profilaxia com antiviral para pacientes submetidos a transplantes e/ou terapia imunossupressora/quimioterapia (TIS/QT).

Hepatite B aguda grave, definida por:

- › tempo de ativação de protrombina (TAP) demonstrada pela razão normalizada internacional (INR) superior a 1,5; OU
- › sintomas e icterícia caracterizada por bilirrubina total (BT) superior a 3 mg/dL **ou** bilirrubina direta (BD) superior a 1,5 mg/dL por mais de quatro semanas; OU
- › encefalopatia; OU
- › ascite.

› Biópsia hepática $\geq$ A2 e/ou F2, pela classificação Metavir.

› Elastografia hepática com os seguintes resultados, de acordo com o método: EHT > 9 kPa (para níveis normais de ALT), ou > 12 kPa (se ALT entre 1 e 5x LSN), ou pSWE/ARFI $\geq 1,8$ m/seg, ou 2D-SWE > 10 kPa.

› Prevenção da transmissão por profissionais de saúde que realizam procedimentos com alto risco de exposição.



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite B – Nota técnica 92/2024 (MS)

- Principais medicamentos disponíveis para tratamento:
 - Tenofovir (TDF)
 - Entecavir (ETV)
 - Tenofovir alafenamida (TAF)



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite B – Nota técnica 92/2024 (MS)

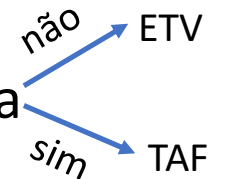
Simplificando...

1ª escolha: Tenofovir (TDF)

Indicações de tratamento alternativo (ETV ou TAF):

- Cirrose
- Alteração de função renal
- Alteração óssea
- Uso de terapia imunossupressora ou quimioterapia

Principal fator para escolha entre ETV e TAF: uso prévio de lamivudina



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite B – Nota técnica 92/2024 (MS)

Quadro 1 – Indicações de tratamento alternativo para HBV com análogos nucleos(t)ídeos em adultos.

- Pacientes coinfectados (HIV/HBV)

1ª escolha: Tenofovir (TDF)

2ª escolha: Tenofovir alafenamida (TAF)

OBS: TDF e TAF dispensados pelo SICLOM-HIV

INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO ALTERNATIVO AO TDF	OPÇÕES
Cirrose	Sem uso prévio de lamivudina: ETV Com uso prévio de lamivudina ou coinfeção com HIV: TAF
Alteração renal (pelo menos 1): • Clearance de creatinina (ClCr) <60 mL/min • Microalbuminúria ou proteinúria persistente • Fosfato sérico < 2,5 mg/dL • Redução da taxa de filtração glomerular (TFGe) ≥ 25% após início do tratamento • Uso de terapia imunossupressora ou quimioterapia nefrotóxica atual	Sem uso prévio de lamivudina: ETV – ajustar a dose para ClCr <50 mL/min Com uso prévio de lamivudina ou coinfeção com HIV: TAF – não necessita de ajuste para pacientes com ClCr <50 mL/min. Não possui dados de segurança em indivíduos com ClCr <15mL/min que não estejam em diálise
Alteração óssea (pelo menos 1): • Osteoporose • História de fratura patológica • Uso crônico (≥ 3 meses) de corticosteroides ou outros medicamentos sistêmicos que piorem a densidade mineral óssea • Escore de FRAX para fraturas osteoporóticas ≥10%	Sem uso prévio de lamivudina: ETV Com uso prévio de lamivudina ou coinfeção com HIV: TAF
Pessoas submetidas a transplantes e/ou terapia imunossupressora/quimioterapia (TIS/QT)	Sem uso prévio de lamivudina: ETV (ajustar a dose para ClCr <50 mL/min) Com uso prévio de lamivudina ou coinfeção com HIV: TAF (não necessita de ajuste para pacientes com ClCr <50 mL/min. Não possui dados de segurança em indivíduos com ClCr <15mL/min que não estejam em diálise)



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Formulário de cadastro usuário SICLOM-HV

Instruções de preenchimento
na página 2 do documento

Importante preencher todos
os campos, atentando-se aos
obrigatórios!

Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais			
CPF*	CNS – Cartão Nacional de Saúde	SINAN	Prontuário
Nome Completo do Usuário - Civil*			
Nome Social			
Nome Completo da Mãe (na ausência da mãe, colocar nome do pai ou responsável)*			
Identificação Preferencial do Usuário*	Data de Nascimento*	Sexo*	Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*
☐ Nome Civil ☐ Nome Social		☐ Feminino ☐ Masculino	
País de Nascimento*	Nacionalidade*		Raça/cor*
			☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorada
Situação do estrangeiro	Escolaridade*	Pessoa privada de liberdade no momento*	Pessoa submetida à hemodiálise no momento*
☐ Residente ☐ Habitante de fronteira ☐ Não residente	☐ Nenhuma/ Sem educação formal ☐ De 1 a 3 anos ☐ De 8 a 11 anos ☐ De 4 a 7 anos ☐ De 12 a mais anos ☐ Ignorada	☐ sim ☐ não	☐ sim ☐ não
		Pessoa em situação de rua momento*	☐ sim ☐ não
Endereço:			
Bairro			CEP
Cidade de Residência(Cidade/UF)*		E-mail	
Tipo de telefone:	Telefone para contato (DDD+Número)		Observações:
☐ Residencial ☐ Comercial ☐ Celular			
Tipo de telefone:	Telefone para contato (DDD+Número)		Observações:
☐ Residencial ☐ Comercial ☐ Celular			
Pessoas autorizadas a retirar o medicamento			
Nome Completo da pessoa autorizada 1			CPF ou RG*
Nome Completo da pessoa autorizada 2			CPF ou RG*
Nome Completo da pessoa autorizada 3			CPF ou RG*
Responsável pelo Preenchimento*		Usuário SUS*	
Data: __/__/____		Data: __/__/____	
(carimbo e assinatura)		(assinatura)	

Cada paciente deve ter
apenas um cadastro no
SICLOM-HV



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Formulário de cadastro usuário SICLOM-HV

Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais					
CPF*	CNS – Cartão Nacional de Saúde	SINAN	Prontuário		
Nome Completo do Usuário - Civil*					
Nome Social					
Nome Completo da Mãe (na ausência da mãe, colocar nome do pai ou responsável)*					
Identificação Preferencial do Usuário*	Data de Nascimento*	Sexo ao nascimento*	Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*		
☐ Nome Civil ☐ Nome Social		☐ Feminino ☐ Masculino			
País de Nascimento*		Nacionalidade*		Raça/cor*	
☐ Residente ☐ Habitante de fronteira ☐ Não residente		☐ Nenhuma/ Sem educação formal ☐ De 1 a 3 anos ☐ De 8 a 11 anos ☐ De 4 a 7 anos ☐ De 12 a mais anos		☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena	
Situação do estrangeiro		Pessoa privada de liberdade no momento*		Pessoa submetida à hemodiálise no momento?*	
		☐ sim ☐ não		☐ sim ☐ não	
		Pessoa em situação de rua momento*		☐ sim ☐ não	

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

SINAN de Hepatite B ou C

Data de nascimento – idade do paciente (tratamento adulto ou criança)



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C

NOTA TÉCNICA Nº 5/2025-
CGAHV/.DATHI/SVSA/MS

NOTA TÉCNICA Nº 280/2023-
CGAHV/.DATHI/SVSA/MS

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 semanas ☐ 16 semanas ☐ 48 semanas		8 - Origem do acompanhamento médico* ☐ Público ☐ Privado	
9 - Peso* ☐ B17.1 ☐ B18.2		10 - CID-10*	
11 - Paciente coinfetado?*		12 - Exame de Carga Viral em UI/mL*	
13 - Genotipagem* Obrigatório se uso de Peg, IFN em terapia		14 - Estadiamento Hepático* Resultado APRI* ☐ <1 ☐ ≥1 e <2 ☐ ≥2	
15 - Escala METAVIR (Elastografia, biópsia hepática ou outro) OF0 OF1 OF2 OF3 OF4		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*		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 _____	
20 - Observação:			
21 - Médico*		CRM: _____ UF: _____ Data: ____/____/____	
22 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)			
1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Semanas (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)		4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Semanas (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)	
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Semanas (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)		5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Semanas (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)	
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Semanas (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)		6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Semanas (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)	

Instruções de preenchimento
na página 2 do documento

Importante preencher todos
os campos, atentando-se aos
obrigatórios!

Preenchimento pelo médico
prescritor



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C				MAIO 2024
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*	
☐ 8 semanas ☐ 16 semanas ☐ 48 semanas ☐ 12 semanas ☐ 24 semanas	☐ Público ☐ Privado		☐ B17.1 ☐ B18.2	
11 - Paciente coinfectado?*	12 - Exame de Carga Viral em UI/mL*	13 - Genotipagem*	14 - Estadiamento Hepático*	
☐ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite B sem agente Delta ☐ Hepatite B com agente Delta	Validade de 12 meses ☐ < 500 ☐ 500 – 6 milhões ☐ > 6 milhões Data do exame / /	Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ Indeterminado ☐ Não se aplica	Resultado APRI* ☐ <1 ☐ ≥1 e <2 ☐ ≥2	
15 - Escala METAVIR	(Elastografia, biópsia hepática ou outro)			
	OF0 OF1 OF2 OF3 OF4			
16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*	17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção*			
☐ Sem Cirrose ☐ Child A ☐ Child B ou C	☐ 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				

7- Tempo de tratamento: PCDT e Notas técnicas vigentes

9- Peso: crianças

11- Paciente coinfectado: esquema terapêutico

12- Exame de Carga Viral: diagnóstico Hepatite C

14 e 16- Estadiamento hepático e Gravidade de cirrose: esquema terapêutico

17- Uso prévio de DAA para a mesma infecção (quando não houver RVS): tratamento inicial ou retratamento

18 – Resultado β–HCG para mulheres entre 12-49 anos: Contraindicação em caso de gravidez



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C

19 - Registro de dispensação*	
Para preenchimento exclusivo do médico	Para preenchimento exclusivo da farmácia
☐ Alfapecinterferona 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 _____
20 - Observação:	
21 - Médico* _____ CRM: _____ UF: _____ _____ Data: ____/____/____ (Carimbo e assinatura)	

19 – Registro de dispensação: Esquemas de tratamento de acordo com PCDTs e Notas técnicas vigentes



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite C – exemplos de críticas

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C MAIO/2024

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:* 12 semanas 8 - Origem do acompanhamento médico* Público 9 - Peso:* 70 10 - CID-10* 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 Data do exame: 01/04/2025

13 - Genotipagem* Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças Não se aplica

14 - Estadiamento Hepático* Resultado APRI* 1 e < 2

15 - Escala METAVIR (Elastografia, biópsia hepática ou outro) Selecione uma opção

16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)* Child A

17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção* ☒ Nenhum (virgem de tratamento com DAA) ☐ Sofosbuvir/ledipasvir ☐ Sofosbuvir+sofosbuvir ☐ Sofosbuvir+daclatasvir ☐ Sofosbuvir+ribavirina ☐ Sofosbuvir/velpatasvir ☐ Glecaprevir/pibrentasvir ☐ Elbasvir/grazoprevir ☐ Sofosbuvir+alfapreginterferona+ribavirina ☐ Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir+ribavirina ☐ Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir

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

19 - Registro de dispensação*

Para preenchimento exclusivo do médico

☐ **Alfapreginterferona 2a 180mcg**
Aplicar 180mcg/1,73m2, por via subcutânea, uma vez por semana.

☒ **Daclatasvir 60mg**
Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.

☐ **Glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40mg**
Tomar 3 (três) comprimidos, por via oral, uma vez ao dia.

☒ **Sofosbuvir 400mg**
Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.

☐ **Ribavirina 250mg**
Tomar ____ cápsula (s) por via oral, ____ vezes ao dia (____ / ____ horas)

☐ **Velpatasvir 100mg/ sofosbuvir 400mg**
Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.

20 - Observação:

21 - Médico* CRM: UF: Data:

A DISPENSAÇÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDT!

CRÍTICA IMPEDITIVA: 41

Esquema de tratamento não previsto no PCDT de Hepatite C e Coinfecções e na Nota Técnica nº 280/2023 para paciente adulto.

IMPRIMIR

CANCELAR

CONCLUIR DISPENSAÇÃO

Estadiamento hepático	Esquema DAA	Posologia	Duração
Escore APRI < 1 (sem cirrose)	Sofosbuvir (SOF) + Daclatasvir (DCV)	1 cp SOF + 1 cp DCV, 1x/dia	12 semanas
Escore APRI ≥ 1 e sem cirrose descompensada (Child A)	Sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL)	1 cp SOF/VEL, 1x/dia	12 semanas
Escore APRI ≥ 1 e com cirrose descompensada (Child B ou C)	Sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL)	1 cp SOF/VEL, 1x/dia	24 semanas



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite C – exemplos de críticas

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:* 12 semanas	8 - Origem do acompanhamento médico* Público	9 - Peso:* 70	10 - CID-10* B18.2
11 - Paciente coinfectado?*	12 - Exame de Carga Viral em UI/mL* Validade de 12 meses < 500 Data do exame 01/04/2025	13 - Genotipagem* Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças Não se aplica	14 - Estadiamento Hepático* Resultado APRI* <1
☒ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite B sem agente Delta ☐ Hepatite B com agente Delta	15 - Escala METAVIR (Elastografia, biópsia hepática ou outro) Selecione uma opção		
16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)* Sem Cirrose	17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção*		
	☒ Nenhum (virgem de tratamento com DAA) ☐ Sofosbuvir/ledipasvir ☐ Sofosbuvir/velpatasvir ☐ Sofosbuvir+daclatasvir ☐ Sofosbuvir+ribavirina ☐ Sofosbuvir+alfapecinterferona+ribavirina ☐ Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir+ribavirina ☐ Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir ☐ Elbasvir/grazoprevir		
18 - Resultado BHCg para mulheres entre 12 – 49 anos: Positivo			
19 - Registro de dispensação*			
Para preenchimento exclusivo do médico		Para preenchimento exclusivo da farmácia	
☐ Alfapecinterferona 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 _____	
20 - Observação:			
21 - Médico*		CRM:	UF: Seleccione uma opção
(Carimbo e assinatura)		Data:	

A DISPENSAÇÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDT!

CRÍTICA IMPEDITIVA: 43

Paciente gestante: os medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C aguda e crônica não possuem dados que comprovem segurança na gestação, por isso são contraindicados durante esse período

IMPRIMIR

CANCELAR

CONCLUIR DISPENSAÇÃO



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Hepatite C – exemplo de críticas

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C				MAIO/2024
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:* 12 semanas	8 - Origem do acompanhamento médico* Público	9 - Peso:* 70	10 - CID-10* 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 - 6 milhões Data do exame 31/03/2025	13 - Genotipagem* Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças Não se aplica	14 - Estadiamento Hepático* Resultado APRI* <1 15 - Escala METAVIR (Elastografia, biópsia hepática ou outro) Selecione uma opção	
16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)* Sem Cirrose	17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção* ☒ Nenhum (virgem de tratamento com DAA) ☐ Simeprevir+sofosbuvir ☐ Sofosbuvir+daclatasvir ☐ Sofosbuvir+ribavirina ☐ Sofosbuvir/ledipasvir ☐ Sofosbuvir/velpatasvir ☐ Glecaprevir/pibrentasvir ☐ Elbasvir/grazoprevir ☐ Sofosbuvir+alfapeginterferona+ribavirina ☐ Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir+ribavirina ☐ Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir			
18 - Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos: 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 _____			
20 - Observação:				
21 - Médico*		CRM:	UF:	Selecione uma opção
		Data:		

(Carimbo e assinatura)

A DISPENSACÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDT!

CRÍTICA : 65

Para pacientes coinfectados com indicação de tratamento inicial com SOF + DCV, mas que estejam em uso de TARV contendo inibidores de protease (atazanavir, darunavir), deve ser substituído por SOF/VEL por 12 semanas

IMPRIMIR

DISPENSAR

CANCELAR

Alerta!

Medicamentos TARV



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite C – Condutas

Em caso de críticas impeditivas:

Comunicar o prescritor através de “Formulário de Comunicado ao Prescritor”, com indicação do local para consulta ao PCDT e Nota técnica vigente e impressão da crítica para reavaliação do esquema de tratamento e/ou preenchimento adequado dos formulários.

Não dispensar o medicamento até que haja permissão do sistema SICLOM-HV

Em caso de dúvidas, entrar em contato com o PMHV (phepatitesvirais@prefeitura.sp.gov.br), encaminhando cópia da prescrição, formulário de solicitação de medicamentos e print da crítica do SICLOM.



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

PCDT 2023



Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

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 10 - Peso: 11 - CID-10

12 - Paciente contactado? 13 - Exame de HBeAg 14 - Exame de ALT 15 - Exame de HBV-DNA 16 - Gravidade de cirrose

17 - Exame de anti-HDV IgG 18 - Exame de HDV-RNA 19 - Resultado Beta-HCG 20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo)

21 - Indicação terapêutica: 22 - Situação para profilaxia da reativação viral 23 - Doador apresenta: 24 - Receptor apresenta: 25 - Risco de reativação viral

26 - Momento da profilaxia da reativação: 27 - Risco de reativação pós-transplante hepático 28 - Necessidade de terapia preimplant por risco de reativação

29 - Outros critérios para indicação de tratamento: 30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições? 31 - Contradição ao uso de: 32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de: 33 - Uso prévio de:

34 - Registro de dispensação

35 - Observação

36 - Prescritor

37 - Recebo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)

Instruções de preenchimento na página 2 do documento

Importante preencher todos os campos aplicáveis, atentando-se aos obrigatórios!

Preenchimento pelo médico prescritor

Nota técnica Nº 92/2024-CGAHV/.DATHI/SVSA/MS



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

Início de Tratamento?* ☐ Sim ☐ Não	Este formulário é válido por* Informe a Validade... ▼	Origem do acompanhamento médico* ☐ Público ☐ Privado	Peso(Kg): 	CID-10* ☐ B16.0 ☐ B16.1 ☐ B16.2 ☐ B16.9 ☐ B17.0 ☐ B18.0 ☐ B18.1
Paciente coinfectado?* ☐ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite B com agente Delta ☐ Hepatite C	Exame de HBeAg* ☐ Reagente ☐ Não Reagente	Exame de ALT?* ☐ Maior que 1,5 vezes LSN ☐ Menor que 1,5 vezes LSN	Exame de HBV-DNA:* Resultado(em UI/mL): Data: dd/mm/yyyy	Gravidade de cirrose (Child-Pugh) * ☐ Sem Cirrose ☐ Child A ☐ Child B ou C
Resultado Beta-HcG Para mulheres entre 10 - 49 anos ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Uso de métodos contraceptivos de alta eficácia ou definitivos				
Indicação terapêutica:* ☐ Tratamento da Hepatite B ☐ Prevenção da Transmissão Vertical ☐ Prevenção da Reativação Viral ☐ Profilaxia da Reinfecção Pós-transplante Hepático ☐ Profilaxia do Profissional de Saúde				
Outros critérios para indicação de tratamento:* ☐ História familiar de carcinoma hepatocelular ☐ Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculites, nefropatia poliarterite nodosa, neuropatia periférica ☐ Hepatite aguda grave (INR ; 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 HBV crônica ☐ 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		O paciente apresenta alguma das seguintes condições?* ☐ Consumo atual de álcool e/ou drogas ☐ Cardiopatia ou pneumonia Grave ☐ Disfunção tireoidiana não controlada ☐ Distúrbios psiquiátricos não tratados ☐ Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda ☐ Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo ☐ Antecedente de transplante, exceto hepático ☐ Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetonia ☐ Doença autoimune ☐ Alteração de função renal por uso prévio de tenofovir ☐ Doença renal crônica ☐ Neoplasia recente ☐ Exacerbação aguda de hepatite viral ☐ Insuficiência hepática grave. ☐ Hepatite auto-imune ☐ Nenhuma		
Contraindicação ao uso de:* ☐ Alfapeginterferona ☐ Tenofovir ☐ Entecavir ☐ Tenofovir TAF ☒ Sem contraindicação		Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:* ☐ Alfapeginterferona ☐ Tenofovir ☐ Entecavir ☐ Tenofovir TAF ☒ Nenhuma		Uso prévio de:* ☐ Alfapeginterferona ☐ Entecavir ☐ Tenofovir ☐ Lamivudina ☐ Nenhum (Virgem de tratamento) ☐ TAF
Data da Solicitação: 25/04/2025	Data da dispensação: 25/04/2025			
Observação: Observação				



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

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:*	
☐ Sim ☐ Não		☐ 30 dias ☐ 90 dias ☐ 150 dias ☐ 180 dias	
9 - Origem do acompanhamento médico*		10 - Peso:*	
☐ Público ☐ Privado		☐ B16.2 ☐ B16.9 ☐ B18.1 ☐ B17.0 ☐ B18.0 ☐ B16.0 ☐ B16.1	
11 - CID-10*		12 - Paciente coinfectado?*	
☐ B16.2 ☐ B16.9 ☐ B18.1 ☐ B17.0 ☐ B18.0 ☐ B16.0 ☐ B16.1		☐ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite C ☐ Hepatite Delta	
13 - Exame de HBeAg:*		14 - Exame de ALT?*	
☐ Reagente ☐ Não Reagente		☐ Maior que 1,5 vezes LSN ☐ Menor que 1,5 vezes LSN	
15 - Exame de HBV-DNA:*		16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*	
Resultado: _____ UI/mL Data: ____/____/____		☐ Sem Cirrose ☐ Child A ☐ Child B ou C	
17 - Exame de anti-HDV IgG:		18 - Exame de HDV-RNA:	
(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0) ☐ Reagente ☐ Não Reagente		(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0) ☐ Detectável ☐ Não detectável	
19 - Resultado Beta-HCG?*		20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo):	
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Uso de métodos contraceptivos de alta eficácia ou definitivos		☐ Data do diagnóstico ____/____/____ ☐ Idade gestacional _____ semanas de gestação	
21 - Indicação terapêutica:*			
☐ Tratamento da Hepatite B ☐ Prevenção da Transmissão vertical ☐ Prevenção da reativação viral ☐ Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático ☐ Profilaxia do profissional de saúde			

7- Início de tratamento:
Conformidade PCDT e notas técnicas vigentes

12 a 16
Paciente coinfectado;
Exame de HBeAg; Exame de ALT; Exame de HBV-DNA; Gravidade de cirrose:
critérios para indicação de tratamento

21 - Indicação terapêutica: Campos adicionais e conformidade com PCDT e notas técnicas



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite B – PCDT 2023

• Critérios para tratamento/profilaxia – itens 9.2 e 9.3

*Pacientes com HBV-DNA ≥ 2.000 UI/mL (independentemente do status do HBeAg) **E** níveis de ALT elevados (≥ 52 U/L para homens e ≥ 37 U/L para mulheres) em duas medidas consecutivas, com intervalo mínimo de três meses elas, **devem ser tratados**.*

- › Presença de HBeAg reagente em indivíduos com idade acima de 30 anos, independentemente dos níveis de ALT e da gravidade da lesão histológica hepática.
- › História familiar de CHC.
- › Coinfecção HBV-HIV, HBV-HCV ou HBV-HDV.
- › Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculite, nefropatia, poliarterite nodosa e neuropatia periférica.
- › Pacientes pediátricos com indicação de tratamento.
- › Prevenção da transmissão vertical em gestantes com carga viral elevada.
- › Indicação de terapia preemptiva ou profilaxia com antiviral para pacientes submetidos a transplantes e/ou terapia imunossupressora/quimioterapia (TIS/QT).

Hepatite B aguda grave, definida por:

- › tempo de ativação de protrombina (TAP) demonstrada pela razão normalizada internacional (INR) superior a 1,5; OU
- › sintomas e icterícia caracterizada por bilirrubina total (BT) superior a 3 mg/dL **ou** bilirrubina direta (BD) superior a 1,5 mg/dL por mais de quatro semanas; OU
- › encefalopatia; OU
- › ascite.

› Biópsia hepática $\geq$ A2 e/ou F2, pela classificação Metavir.

› Elastografia hepática com os seguintes resultados, de acordo com o método: EHT > 9 kPa (para níveis normais de ALT), ou > 12 kPa (se ALT entre 1 e 5x LSN), ou pSWE/ARFI $\geq 1,8$ m/seg, ou 2D-SWE > 10 kPa.

› Prevenção da transmissão por profissionais de saúde que realizam procedimentos com alto risco de exposição.



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

29 - Outros critérios para indicação de tratamento:*		
☐ História familiar de carcinoma hepatocelular (CHC);	☐ 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);	
☐ Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculites, nefropatia poliarterite nodosa, neuropatia periférica;	☐ Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2 e ou F2	
☐ Hepatite aguda grave (INR > 1,5; icterícia por mais de 4 semanas, encefalopatia ou ascite);	☐ 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	
☐ Reativação de hepatite B crônica;	☐ Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV	
☐ Doença hepática avançada;	☐ Não apresenta.	
☐ 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.		
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 - Contraindicação ao uso de:*		
☐ Alfapecinterferona	☐ Tenofovir (TDF)	☐ Nenhum (Virgem de tratamento)
☐ Entecavir	☐ TAF	☐ Tenofovir
	☐ Sem contraindicação	☐ Lamivudina
32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*		
☐ Alfapecinterferona	☐ Tenofovir	☐ Nenhuma
☐ Entecavir	☐ TAF	
33 - Uso prévio de:*		
☐ Nenhum	☐ Nenhum	☐ Nenhum
☐ Alfapecinterferona	☐ Tenofovir	☐ Tenofovir
☐ Entecavir	☐ TAF	☐ Lamivudina

Campo 29: Outros critérios de inclusão para indicação de tratamento

Campo 30: Condições que são contraindicações ao uso de um dos medicamentos

Campos 31, 32 e 33: Indicação do tratamento



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

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 _____				

34 - Tratamento de acordo com PCDTs e Notas técnicas vigentes



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite B – exemplos de críticas

7 - Início de tratamento?*	8 - Este formulário é válido por:*	9 - Origem do acompanhamento médico*	10 - Peso:*	11 - CID-10*
Sim ☒	180 dias ☒	Público ☒	70	B18.1 ☒
12 - Paciente coinfectado?*	13 - Exame de HBeAg:*	14 - Exame de ALT?*	15 - Exame de HBV-DNA:*	16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*
☒ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite C ☐ Hepatite Delta	Não Reagente ☒	Menor que 1,5 vezes LSN ☒	Resultado: 200 UI/mL Data: 31/03/2025	Sem Cirrose ☒
17 - Exame de anti-HDV IgG:*	18 - Exame de HDV-RNA:*	19 - Resultado Beta-HCG?*	20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo):	
(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0) Selecione uma opção	(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0) Selecione uma opção	Negativo ☒	☐ Data do diagnóstico ☐ Idade gestacional _____ semanas de gestação	
21 - Indicação terapêutica:*				
Tratamento da Hepatite B ☒				
22 - Situação para profilaxia da reativação viral:*	23 - Doador apresenta:*	24 - Receptor apresenta:*	25 - Risco de reativação viral:*	
(obrigatório se profilaxia da reativação viral) Selecione uma opção	(obrigatório se profilaxia da reativação ou prevenção da reativação viral por transplante) HBsAg _____ Anti-HBc total _____ Selecione uma opção	(obrigatório se Profilaxia da reativação ou prevenção da reativação viral por transplante) HBsAg _____ Anti-HBc total _____ Selecione uma opção	(obrigatório se Profilaxia da reativação viral) Selecione uma opção	
27 - Risco de reinfeção pós-transplante hepático:*		28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação:*		
(obrigatório se Profilaxia da reativação pós-transplante hepático) Muito baixo risco		(Se baixo risco - campo 25) Selecione uma opção		
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.				
30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*				
☐ Consumo atual de álcool e/ou drogas; ☐ Cardiopatia ou pneumopatia grave; ☐ Distúrbio tireoidiano não controlado; ☐ Distúrbios psiquiátricos não tratados; ☐ Diabetes mellito com histórico de crise hiperglicêmica aguda; ☐ Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo; ☐ Antecedente de transplante, exceto hepático; ☐ Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia; ☐ Doença auto-imune; ☐ Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir; ☐ Doença renal crônica; ☐ Neoplasia recente; ☐ Exacerbação aguda de hepatite viral; ☐ Insuficiência hepática grave; ☐ Hepatite auto-imune; ☒ Nenhuma				
31 - Contra-indicação ao uso de:*		32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*		33 - Uso prévio de:*
☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir (TDF) ☐ Entecavir ☒ TAF ☒ Sem contra-indicação		☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir ☒ Nenhuma ☐ Entecavir ☐ TAF		☐ Nenhum (Vigem de tratamento) ☐ Tenofovir ☐ Lamivudina
34 - 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 _____		
☐ 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 _____		

A DISPENSAÇÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDT!

CRÍTICA IMPEDITIVA: 44

Paciente sem indicação de tratamento. Nesse caso, deve-se realizar o monitoramento conforme definido no capítulo 13 do PCDT de Hepatite B e Coinfecções.

IMPRIMIR

CANCELAR

CONCLUIR DISPENSAÇÃO

Pacientes com HBV-DNA ≥ 2.000 UI/mL (independentemente do status do HBeAg) E níveis de ALT elevados (≥ 52 U/L para homens e ≥ 37 U/L para mulheres) em duas medidas consecutivas, com intervalo mínimo de três meses elas, devem ser tratados.



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Hepatite B – exemplos de críticas

7 - Início de tratamento?*	8 - Este formulário é válido por:*	9 - Origem do acompanhamento médico*	10 - Peso:*	11 - CID-10*
Sim ☒	180 dias ☒	Público ☒	70	B18.1 ☒
12 - Paciente coinfectado?*	13 - Exame de HBeAg:*	14 - Exame de ALT?*	15 - Exame de HBV-DNA:*	16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*
☒ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite C ☐ Hepatite Delta	Não Reagente ☒	Maior que 1,5 vezes LSN ☒	Resultado: 2000000 UI/mL Data: 31/03/2025	Sem Cirrose ☒
17 - Exame de anti-HDV IgG:*	18 - Exame de HDV-RNA:*	19 - Resultado Beta-HCG?*	20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo):	
(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	Negativo ☒	☐ Data do diagnóstico ☐ Idade gestacional semanas de gestação	
21 - Indicação terapêutica:*				
Tratamento da Hepatite B ☒				
22 - Situação para profilaxia da reativação viral:*	23 - Doador apresenta:*	24 - Receptor apresenta:*	25 - Risco de reativação viral:*	
(obrigatório se profilaxia da reativação viral)	(obrigatório se profilaxia da reativação ou prevenção da reativação viral por transplante)	(obrigatório se Profilaxia da reativação ou prevenção da reativação viral por transplante)	(obrigatório se Profilaxia da reativação ou prevenção da reativação viral)	
Selecione uma opção	HBsAg ☐ Anti-HBc total ☐	HBsAg ☐ Anti-HBc total ☐	Selecione uma opção	
27 - Risco de reinfecção pós-transplante hepático:*		28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação:*		
(obrigatório se Profilaxia da reinfecção pós-transpl. hepático)		(Se baixo risco - campo 25)		
Muito baixo risco		Selecione uma opção		
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; ☐ Cardiopatia ou pneumopatia grave; ☐ Disfunção tireoidiana não controlada; ☐ Distúrbios psiquiátricos não tratados; ☐ Diabetes mellito com histórico de crise hiperglicêmica aguda				
☐ Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo ☐ Antecedente de transplante, exceto hepático ☐ Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia ☐ Doença auto-imune ☐ Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir ☐ Doença renal crônica				
☐ Neoplasia recente ☐ Exacerbação aguda de hepatite viral ☐ Insuficiência hepática grave ☐ Hepatite auto-imune ☒ Nenhuma				
31 - Contra-indicação ao uso de:*		32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*		33 - Uso prévio de:*
☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir (TDF) ☐ Entecavir ☒ TAF ☒ Sem contra-indicação		☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir ☒ Nenhuma ☐ Entecavir ☐ TAF		☐ Nenhum (origem de tratamento) ☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir ☐ Entecavir ☐ TAF ☐ Lamivudina
34 - Registro de dispensação*				
Para preenchimento exclusivo do médico				
☐ Alfapecinterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutânea, uma vez por semana.				
☒ Entecavir 0,5mg Tomar 1 comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.				
☐ Tenofovir (TDF) 300mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.				
☐ Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.				
☐ Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês.				
35 - Observação:				

A DISPENSAÇÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDTI

CRÍTICA IMPEDITIVA: 25

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções não autoriza o uso de Entecavir como primeira escolha de tratamento para esse paciente. Entecavir é indicado para pacientes com Contra-indicação ao Tenofovir (doença renal, osteoporose, cirrose Child B ou C); Resistência ou falha terapêutica ao Tenofovir ou Paciente que irá receber imunossupressão ou quimioterapia

IMPRIMIR

CANCELAR

CONCLUIR DISPENSAÇÃO

1ª escolha: Tenofovir



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite B – exemplos de críticas

7 - Início de tratamento?*	8 - Este formulário é válido por:*	9 - Origem do acompanhamento médico*	10 - Peso:*	11 - CID-10*
Sim ☒	180 dias ☒	Público ☒	70	B18.1 ☒
12 - Paciente coinfectado?*	13 - Exame de HBeAg:*	14 - Exame de ALT?*	15 - Exame de HBV-DNA:*	16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*
☒ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite C ☐ Hepatite Delta	Não Reagente ☒ Maior que 1,5 vezes LSN ☐	☐ Menor que 1,5 vezes LSN ☐	Resultado: 2000000 UI/mL Data: 31/03/2025	Child B ou C ☒
17 - Exame de anti-HDV IgG:*	18 - Exame de HDV-RNA:*	19 - Resultado Beta-HCG?*	20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo):	
(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	Negativo ☒	☐ Data do diagnóstico ☐ Idade gestacional semanas de gestação	
21 - Indicação terapêutica:*				
Tratamento da Hepatite B ☒				
22 - Situação para profilaxia da reativação viral:*	23 - Doador apresenta:*	24 - Receptor apresenta:*	25 - Risco de reativação viral:*	
(obrigatório se profilaxia da reativação viral)	(obrigatório se profilaxia da reativação viral ou prevenção da reativação viral por transplante)	(obrigatório se Profilaxia da reativação viral ou prevenção da reativação viral por transplante)	(obrigatório se Profilaxia da reativação viral)	
Selecione uma opção	HBsAg ☐ Anti-HBc total ☐	HBsAg ☐ Anti-HBc total ☐	Selecione uma opção	
27 - Risco de reinfeção pós-transplante hepático:*		28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação:*		
(obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático)		(Se baixo risco - campo 25)		
Muito baixo risco ☒		Selecione uma opção		
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; ☐ Cardiopatia ou pneumopatia grave; ☐ Disfunção tireoideana não controlada; ☐ Distúrbios psiquiátricos não tratados; ☐ Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda; ☐ Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo; ☐ Antecedente de transplante, exceto hepático; ☐ Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia; ☐ Doença auto-imune; ☐ Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir; ☐ Doença renal crônica; ☐ Neoplasia recente; ☐ Exacerbação aguda de hepatite viral; ☐ Insuficiência hepática grave; ☐ Hepatite auto-imune; ☒ Nenhuma				
31 - Contra-indicação ao uso de:*		32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*		33 - Uso prévio de:*
☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir (TDF) ☐ Entecavir ☐ TAF ☒ Sem contra-indicação		☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir ☒ Nenhum ☐ Entecavir ☐ TAF		☐ Nenhum (víg. de tratamento) ☐ Tenofovir ☒ Lamivudina
34 - Registro de dispensação*				
Para preenchimento exclusivo do médico				
☐ Alfapecinterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutânea, uma vez por semana.				
☒ Entecavir 0,5mg Tomar 1 comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.				
☐ Tenofovir (TDF) 300mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.				
☐ Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.				
☐ Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês.				
35 - Observação:				

A DISPENSAÇÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDT!

CRÍTICA IMPEDITIVA: 32

Paciente apresenta contraindicação ao medicamento Entecavir 0,5mg

IMPRIMIR

CANCELAR

CONCLUIR DISPENSAÇÃO

INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO ALTERNATIVO AO TDF	OPÇÕES
Cirrose	Sem uso prévio de lamivudina: ETV Com uso prévio de lamivudina ou coinfecção com HIV: TAF



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Hepatite B – exemplos de críticas

7 - Início de tratamento?*	8 - Este formulário é válido por:*	9 - Origem do acompanhamento médico*	10 - Peso:*	11 - CID-10*
Sim ☒	180 dias ☒	Público ☒	70	B18.1 ☒
12 - Paciente coinfectado?*	13 - Exame de HBeAg:*	14 - Exame de ALT?*	15 - Exame de HBV-DNA:*	16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*
☒ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite C ☐ Hepatite Delta	Não Reagente ☒	Maior que 1,5 vezes LSN ☒	Resultado: 2000000 UI/mL Data: 31/03/2025	Sem Cirrose ☒
17 - Exame de anti-HDV IgG:*	18 - Exame de HDV-RNA:*	19 - Resultado Beta-HCG?*	20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo):	
(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	Negativo ☒	☐ Data do diagnóstico ☐ Idade gestacional semanas de gestação	
21 - Indicação terapêutica:*				
Tratamento da Hepatite B ☒				
22 - Situação para profilaxia da reativação viral:*	23 - Doador apresenta:*	24 - Receptor apresenta:*	25 - Risco de reativação viral:*	
(obrigatório se profilaxia da reativação viral)	(obrigatório se profilaxia da reativação ou prevenção da reativação viral por transplante)	(obrigatório se Profilaxia da reativação ou prevenção da reativação viral por transplante)	(obrigatório se Profilaxia da reativação ou prevenção da reativação viral)	
Selecione uma opção	HBsAg ☐ Anti-HBc total ☐	HBsAg ☐ Anti-HBc total ☐	Selecione uma opção	
27 - Risco de reinfeção pós-transplante hepático:*			28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação:*	
(obrigatório se Profilaxia da reativação pós-transp. hepático)			(Se baixo risco – campo 25)	
Muito baixo risco ☒			Selecione uma opção	
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.				
30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*				
☐ Consumo atual de álcool e/ou drogas; ☐ Cardiopatia ou pneumopatia grave; ☐ Disfunção tireoidiana não controlada; ☐ Distúrbios psiquiátricos não tratados; ☐ Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda; ☒ Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo; ☐ Antecedente de transplante, exceto hepático; ☐ Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia; ☐ Doença auto-imune; ☐ Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir; ☐ Doença renal crônica; ☐ Neoplasia recente; ☐ Exacerbação aguda de hepatite viral; ☐ Insuficiência hepática grave; ☐ Hepatite auto-imune; ☐ Nenhuma.				
31 - Contraindicação ao uso de:*				
☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir (TDF) ☐ Entecavir ☐ TAF ☒ Sem contraindicação				
32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*				
☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir ☒ Nenhuma ☐ Entecavir ☐ TAF				
33 - Uso prévio de:*				
☐ Nenhum ☐ Nenhum ☐ Nenhum ☐ Nenhum ☐ Nenhum ☐ Nenhum				
34 - Registro de dispensação*				
Para preenchimento exclusivo do médico				
Alfapecinterferona 2a 180mcg				
Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutânea, uma vez por semana.				
Entecavir 0,5mg				
Tomar comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.				
Tenofovir (TDF) 300mg				
Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.				
Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg				
Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.				
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI				
Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, (1uma) vez ao mês.				
35 - Observação:				

A DISPENSAÇÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDT!

CRÍTICA : 61

O paciente apresenta algum critério de contraindicação relativa ao uso de fumarato de tenofovir desoproxila (TDF). Nesse sentido, orienta-se verificar a possibilidade de uso das demais opções terapêuticas (ETV ou TAF). O TDF poderá ser dispensado em caso de contraindicação às demais opções.

IMPRIMIR

DISPENSAR

CANCELAR

Alerta!

INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO ALTERNATIVO AO TDF	OPÇÕES
Alteração óssea (pelo menos 1):	
- Osteoporose - História de fratura patológica - Uso crônico (≥ 3 meses) de corticosteroides ou outros medicamentos sistêmicos que piorem a densidade mineral óssea - Escore de FRAX para fraturas osteoporóticas ≥10%	Sem uso prévio de lamivudina: ETV Com uso prévio de lamivudina ou coinfeção com HIV: TAF



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Hepatite B – Condutas

Em caso de críticas impeditivas:

Comunicar o prescritor através de “Formulário de Comunicado ao Prescritor”, com indicação do local para consulta ao PCDT e Nota técnica vigente e impressão da crítica para reavaliação do esquema de tratamento e/ou preenchimento adequado dos formulários.

Não dispensar o medicamento até que haja permissão do sistema SICLOM-HV

Em caso de dúvidas, entrar em contato com o PMHV (phepatitesvirais@prefeitura.sp.gov.br), encaminhando cópia da prescrição, formulário de solicitação de medicamentos e print da crítica do SICLOM.



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Site COVISA

Acesso à informação | Transparência São Paulo | Legislação | Ouvidoria | 156

in d y X i f Diário Oficial | Acessibilidade

CIDADE DE SÃO PAULO
SAÚDE

Órgãos Públicos ▾ Serviços Notícias

Secretaria Municipal da
Saúde

Procurar...

Início > Secretarias > Saúde > **Vigilância em saúde**

- Acesso à Informação
- Participação Social
- Quadro de Serviços
- Conheça a COVISA
- Dados Epidemiológicos e Boletins
- Vigilâncias
 - Doenças e Agravos – DVE**
 - Zoonoses – DVZ
 - Saúde do Trabalhador – DVISAT
 - Sanitária – DVPSIS

SAIBA MAIS

Exibindo 1 – 1 de 2 resultados.

1 2

CONHEÇA O NOVO PORTAL DE IMUNIZAÇÕES

PORTAL DE OLHO NA CARTEIRINHA Clique aqui

Assistir no YouTube

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

https://capital.sp.gov.br/web/saude/vigilancia_em_saude/



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

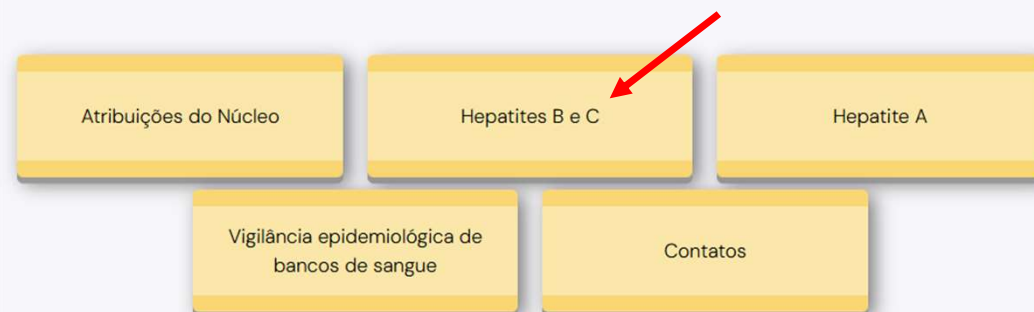
Site COVISA



Programa Municipal de Hepatites Virais

Sexta-feira, 22 de Março de 2024 | Horário: 12:38

Acesse o menu abaixo para saber mais sobre o Programa municipal de hepatites virais:



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



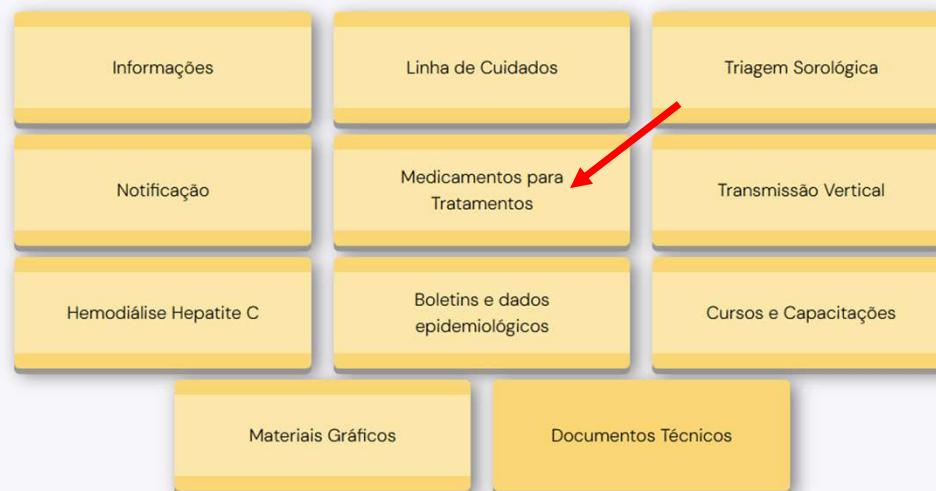
**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Site COVISA

Hepatite B e C

Quarta-feira, 26 de Março de 2025 | Horário: 16:00

As hepatites B e C são doenças virais que afetam o fígado, mas possuem características distintas. A hepatite B é causada pelo vírus HBV, transmitido através do contato com sangue contaminado, relações sexuais desprotegidas ou de mãe para filho durante o parto. Já a hepatite C é causada pelo vírus HCV e também é transmitida pelo contato com sangue infectado, compartilhamento de agulhas ou materiais cortantes.



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Página Medicamentos para Tratamento

Medicamentos para tratamento de Hepatites Virais (B e C)

Acesso, prescrição e preparação do processo de solicitação

Quarta-feira, 26 de Fevereiro de 2025 | Horário: 16:00

No Brasil os medicamentos para tratamento de Hepatite B e C são fornecidos pelo Ministério da Saúde conforme estabelecido no "Protocolo Clínico para Tratamento da Hepatite B e Coinfecções": PCDT VIGENTE DE HEPATITE B e Protocolo Clínico para Tratamento da Hepatite C e Coinfecções": PCDT VIGENTE DE HEPATITE C (PCDT).

A partir da migração da dispensação de medicamentos para Hepatite B e C do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (antigas "farmácias de alto custo") para o Componente Estratégico, a partir de 2020, sendo dispensada pelos serviços de atendimento de Hepatite, houve a ampliação do acesso e os medicamentos passaram a ser fornecidos nas farmácias municipais, que realizam tratamento de Hepatites Virais.

A autorização para dispensação de medicamento será realizada pelo Sistema de Controle Logístico de Hepatites Virais (SICLOM – HV) do Ministério da Saúde com a necessidade de preenchimento e entrega de formulários próprios para este sistema (Formulário de Cadastro e Formulário de Solicitação de Medicamento).



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Página Medicamentos para Tratamento

ACESSO AOS MEDICAMENTOS:

Para maiores informações sobre o acesso aos medicamentos, [acesse a página da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde.](#)

Atendimentos externos e locais de dispensação de medicamentos.



LISTA DE UNIDADES COM ATENDIMENTO PARA PACIENTES DA REDE PARTICULAR, REFERENCIADOS DE HOSPITAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS

(que não são Unidades Dispensadoras de Medicamentos - UDM)

COORDENADORIA	UNIDADE	ENDEREÇO	TIPO DE ATENDIMENTO*
CENTRO	AMA ESPECIALIDADES DR HUMBERTO PASCALE SANTA CECÍLIA	Rua Vitorino Carmilo, 599	pacientes monoinfectados
CENTRO	SAE DST/AIDS CAMPOS ELÍSEOS	Alameda Cleveland, 374	pacientes coinfectados (HIV)
LESTE	SAE DST/AIDS FIDELIS RIBEIRO	Rua Peixoto, 100	pacientes coinfectados (HIV)
LESTE	AMA ESPECIALIDADES BURGO PAULISTA	Rua José Silva Alcantara Filho, 1031	pacientes monoinfectados
NORTE	AMA ESPECIALIDADES PARQUE PERUCHE	Rua José Rangel de Camargo, 500	pacientes monoinfectados
NORTE	SAE DST/AIDS NOSSA SENHORA DO Ó	Avenida Itaberaba, 1377	pacientes coinfectados (HIV)
OESTE	HOSPITAL DIA LAPA	Rua Carão, 380	pacientes monoinfectados
OESTE	SAE Paulo César Bonfim - Lapa	R. Tomé de Souza, 30	pacientes coinfectados (HIV)
SUDESTE	HOSPITAL DIA VILA PRUDENTE	Praça do Centenário de Vila Prudente, 108	pacientes monoinfectados
SUDESTE	SAE VILA PRUDENTE	Praça do Centenário de Vila Prudente, 108	pacientes coinfectados (HIV)
SUL	SAE DST/AIDS SANTO AMARO	Rua Padre José de Anchieta, 640	pacientes coinfectados (HIV)
SUL	HOSPITAL DIA CIDADE ADEMAR	Rua Córrego Azul, 433	pacientes monoinfectados

Acesso à página da Assistência farmacêutica

Locais de dispensação externa



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Página Medicamentos para Tratamento

HEPATITE B

[Protocolo e notas técnicas vigentes:](#)

PCDT Hepatite B

NOTA TÉCNICA Nº 02/2025-CGHV/DATHI/SVSA/MS – Revoga a NOTA TÉCNICA Nº 24/2024-.DATHI/SVSA/MS, de 24/7/2024

NOTA TÉCNICA Nº 92/2024-CGAHV/DATHI/SVSA/MS – Informa sobre a mudança na bula do tenofovir alafenamida e atualiza as recomendações para o uso desse medicamento no tratamento da hepatite B no âmbito do SUS.

NOTA TÉCNICA Nº 72/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS – Esclarece as indicações do uso de tenofovir alafenamida para o tratamento da hepatite B crônica em pacientes mono infectados e co infectados com HIV

OFÍCIO CIRCULAR Nº 26/2022-CGAHV/DCCI/SVS/MS – Orientações quanto aos critérios de uso de tenofovir alafenamida (TAF) e posologia de entecavir para o tratamento da hepatite B no Sistema Único de Saúde (SUS).

NOTA TÉCNICA Nº 122/2022-CGAHV/DCCI/SVS/MS – Critérios para o uso de tenofovir alafenamida (TAF) e orientações provisórias acerca do tratamento da hepatite B, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nota Técnica Conjunta CAF/SES-SP e PEHV/CVE/CCD/SES-SP nº 03, de 22 de março de 2022 – Recomendações referentes ao tratamento de pacientes com Hepatite B no Estado de São Paulo

HEPATITE C

[Protocolo e notas técnicas vigentes:](#)

PCDT Hepatite C

NOTA TÉCNICA Nº5/2025-CGHV/DATHI/SVSA/MS – Revoga e substitui as orientações da Nota Técnica nº 280/2023-CGAHV/DVIAHV/SVSA/MS, e atualiza os esquemas terapêuticos disponíveis para tratamento e retratamento da hepatite C no âmbito do SUS.

NOTA TÉCNICA Nº 280/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS – Revoga e substitui as orientações da Nota Técnica nº 30/2023-CGAHV/DVIAHV/SVSA/MS, e atualiza os esquemas terapêuticos disponíveis para tratamento da hepatite C no âmbito do SUS.

NOTA TÉCNICA CONJUNTA CAF/SES-SP e PEHV/CVE/CCD/SES-SP n.º 04/2023 – Recomendações referentes ao tratamento de pacientes com Hepatite C no Estado de São Paulo

Protocolos e Notas Técnicas vigentes



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Página Medicamentos para Tratamento

Formulários para solicitação de medicamentos:

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE USUÁRIO SUS – HEPATITES VIRAIS

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE USUÁRIO SUS – HEPATITES VIRAIS (Digitável)

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO FORMULÁRIO DE CADASTRO DE USUÁRIO SUS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE B

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE B (Digitável)

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE B

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE C

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE C (Digitável)

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE C

<https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/orientacao-de-preenchimento-form-solic-med-hep-b-v042024-revisado-cchc-pdf>



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Página Medicamentos para Tratamento

Orientações para dispensação de medicamentos:

NOTA TÉCNICA N°04/2022 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA/ PROGRAMA MUNICIPAL DE HEPATITES VIRAIS (atualizada em fevereiro/2025) – Orientações para as farmácias com dispensação de medicamentos para o tratamento de Hepatites Virais

Orientações sobre uso dos medicamentos – 2022

Termo de Responsabilidade – Medicamentos para tratamento de Hepatites Virais – retirada por terceiros – 2022

Para consulta de Interações medicamentosas, **clique aqui!**



Link para consulta de interações medicamentosas



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Consulta de interações medicamentosas



Interações medicamentosas com HEP

UNIVERSITY OF LIVERPOOL

TherEx
Centre for Experimental Therapeutics

Verificador de interação →

Aplicativos ▼

Sobre nós Verificadores de interação Recursos de prescrição Vídeos Notícias do site Contate-nos

Apoie-nos

As interações da hepatite viral já estão disponíveis em **espanhol** e **português**, graças aos nossos colaboradores da **Fundación Huésped**

Procurando interações com terapias para COVID-19, incluindo Paxlovid? Clique aqui para acessar covid19-druginteractions.org

Se um medicamento não estiver listado abaixo, não se pode presumir automaticamente que é seguro coadministrar

Medicamentos HEP	Co-medicações	Interações medicamentosas
Pesquisar medicamentos HEP...	Pesquisar co-medicações...	☐ Verifique HEP/ medicamento HEP interações
☒ A a Z ☐ Indicação ☐ Troca	☒ A a Z ☐ Aula ☐ Troca	As interações medicamentosas serão exibidas aqui
Os medicamentos selecionados serão exibidos aqui.	Co-medicações selecionadas serão exibidas aqui.	



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Obrigada!!



Programa Municipal de Hepatites Virais

Celia Regina Cicolo da Silva

Alessandra Yamaguti Yamazaki

Beatriz Helena Kakazu

Denise Kuroiwa Zetchaku

Elizabeth Helena Hetesi

Ricardo Antonio Lobo

Tel: 5465-9485

phepatitesvirais@prefeitura.sp.gov.br



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE