



COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



SUS I







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









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









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



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









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









SICLOM-HV

A dispensação de medicamentos para hepatites virais B e C é feita pelo sistema SICLOM-HV **Si**stema de **C**ontrole **Lo**gístico de **M**edicamentos para **H**epatites **V**irais (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









Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) – rede municipal



		UNIDADES DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS PARA O TR	ATAMENTO DE HEPATITES VIRAIS
COORDENADORIA	SUPERVISÃO	UNIDADE	ATENDIMENTO
ENTRO	SANTA CECÍLIA	AMA ESPECIALIDADES DR HUMBERTO PASCALE SANTA CECÍLIA	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFECTADOS*
ENTRU	SANTA CECILIA	SAE IST/AIDS CAMPOS ELÍSEOS	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFECTADOS*
		SAE IST/AIDS FIDELIS RIBEIRO	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFECTADOS*
	ERMELINO MATARAZZO	AMA ESPECIALIDADES BURGO PAULISTA	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFECTADOS*
	ITAQUERA	AMA ESPECIALIDADES ITAQUERA	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
ESTE	ITAQUERA	SAE IST/AIDS CIDADE LIDER II	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
	SÃO MATEUS	HOSPITAL DIA SÃO MATEUS - DR HENRIQUE CARLOS GONÇALVES	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
	SAO MATEOS	SAE IST/AIDS SÃO MATEUS	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
	SAO MIGUEL	HOSPITAL DIA SÃO MIGUEL PAULISTA	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
	CASA VERDE/ CACHOEIRINHA	AMA ESPECIALIDADES PARQUE PERUCHE	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFECTADOS*
VORTE	FREGUESIA/ BRASILANDIA	SAE IST/AIDS NOSSA SENHORA DO Ó	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFECTADOS*
	PIRITUBA/ JARAGUA	AMA ESPECIALIDADES VILA ZATT	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
	SANTANA/JAÇANA	SAE IST/AIDS MARCOS LUTTEMBERG - SANTANA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
DESTE	BUTANTA	SAE IST/AIDS BUTANTĂ	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
		HOSPITAL DIA BUTANTÄ	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
	LAPA/ PINHEIROS	HOSPITAL MUNICIPAL SOROCABANA	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFECTADOS*
	DAPAY PINHEIROS	SAE IST/AIDS PAULO CESAR BONFIM (LAPA)	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFECTADOS*
	IPIRANGA	SAE IST/AIDS DR. JOSE FRANCISCO DE ARAÚJO - IPIRANGA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
	PENHA	HOSPITAL DIA PENHA	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
		SAE IST/AIDS PENHA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
CUDECTE	VILA MARIANA/ JABAQUARA	AMBULATORIO DE ESPECIALIDADES CECI	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
SUDESTE	VILA MAKIANA/ JABAQUAKA	SAE IST/AIDS JABAQUARA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
		HOSPITAL DIA VILA PRUDENTE	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFECTADOS*
	VILA PRUDENTE/ SAPOPEMBA	SAE IST/AIDS VILA PRUDENTE	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFECTADOS*
		SAE IST/AIDS HERBERT DE SOUZA - BETINHO	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
	CAMPO LIMPO	HOSPITAL DIA CAMPO LIMPO	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
	CAMPO LIMPO	SAE IST/AIDS JARDIM MITSUTANI CAMPO LIMPO	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
	CAPELA DO SOCORRO	HOSPITAL DIA CAPELA DO SOCORRO	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
***	CAPELA DO SOCORRO	SAE IST/AIDS DUTRA	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
GUL.	M BOI MIRIM	HOSPITAL DIA M BOI MIRIM II	pacientes da rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
	W BOT WIKIN	SAE IST/AIDS M BOI MIRIM	pacientes da rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
	SANTO AMARO/ CIDADE ADEMAR	SAE IST/AIDS SANTO AMARO	pacientes da rede municipal e particular de saúde - COINFECTADOS*
	SALVIO AMARO/ CIDADE ADEMAR	HOSPITAL DIA CIDADE ADEMAR	pacientes da rede municipal e particular de saúde - MONOINFECTADOS*









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















• 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









➤ Retratamento (pessoas tratadas previamente <u>com DAAs</u> 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!









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 coinfectada esteja em uso de TARV contendo algum desses medicamentos, a prescrição deve ser revista para possibilitar o tratamento da hepatite C
- ▶ 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









Hepatite B – PCDT 2023

• Critérios para tratamento/profilaxia – itens 9.2 e 9.3

Pacientes com HBV-DNA \geq 2.000 UI/mL (independentemente do status do HBeAg) $\underline{\mathbf{E}}$ níveis de ALT elevados (\geq 52 U/L para homens e \geq 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 ≥ 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 ≥ 1,8 m/seg, ou 2D-SWE > 10 kPa.
- Prevenção da transmissão por profissionais de saúde que realizam procedimentos com alto risco de exposição.









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















Simplificando...

1º 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











TAF

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

Pacientes coinfectados (HIV/HBV)

1ª escolha: Tenofovir (TDF)

2º 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 coinfecção com HIV: TAF
Alteração renal (pelo menos 1):	
 Clearance de creatinina (CICr) <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 CICr <50 mL/min Com uso prévio de lamivudina ou coinfecção com HIV: TAF – não necessita de ajuste para pacientes com CICr <50 mL/min. Não possui dados de segurança em indivíduos com CICr <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 coinfecção 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 coinfecção com HIV: TAF (não necessita de ajuste para pacientes com ClC <50 mL/min. Não possui dados de segurança em indivíduos com ClCr <15mL/min que não estejar em diálise)





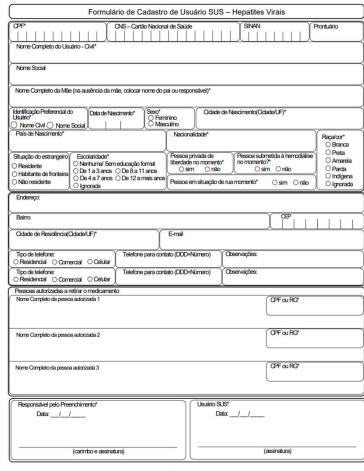




Formulário de cadastro usuário SICLOM-HV

Instruções de preenchimento na página 2 do documento

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



Cada paciente deve ter apenas um cadastro no SICLOM-HV









Formulário de cadastro usuário SICLOM-HV

Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais	
CPF* CNS – Cartão Nacional de Saúde SINAN F	Prontuário
Nome Completo do Usuário - Civil*	
Nome Social	
Nome Completo da Mãe (na ausência da mãe, colocar nome do pai ou responsável)*	
Cidade de Nascimento Cidade de Nascimento	
País de Nascimento* Nacionalidade*	Raça/cor*
Situação do estrangeiro O Residente O Habitante de fronteira O Não residente O De 4 a 7 anos O De 12 a mais anos	O Preta O Amarela O Parda O Indígena

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)









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

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

	F	ormulário	de Solici	tação (de Me	edic	am	entos	3 - H	Нера	tite	C			MAI020
1 - CNS - Cartão I	Vacional de Sa	úde	Y 2-0	PF*					Y3	- SINA	N				4 - Prontuário
		T T T T		LII	1.1	1	T.	1.1			1	I I	ΙÏ	1	March March March
5 - Nome Complete	do Usuário - 0	Civil*					-					-		-	
6 - Nome Social															
			26												
	ento:* > 16 semanas > 24 semanas	○ 48 sema		em do ac				édico"	9-	Peso:*					10 - CID-10* OB17.1 OB18
Paciente coinfec Sem Coinfecçă		12 - Exame de Valida	Carga Viral e	m UI/mL	Obrinst	nn se	uso de	Pan IF	N	14 - E					tico* I O≥1 e <2 O≥2
☐ HIV	,	O < 500 O 500 - 6			em cha O 1 O 4	nças 0.2	03	U.		15 - E				-	O E 10 4 O Ex
☐ Hepatite B sem	agente Delta	O > 6 milh			0 4	O 5	O 6	do							ou outro)
☐ Hepatite B com	agente Delta	Data do e	xame/_	J			aplic					OF	OF	1 OF	2 OF3 OF4
6 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)* O Sem Cirrose O Child A O Child B ou C	Nenhui Simepi Sofosb	révio de esquen m (virgem de tra revir+sofosbuvir uvir+daclatasvi uvir+ribavirina	atamento con r	n DAA)	Sofos Sofos Gleca Elbas	buvi buvi prev vir/g	r/ledip r/velp ir/pib	atasvir rentasv		☐ Gled	capre	evir/	oibre	ntasvi	rferona+ribavirina ir+sofosbuvir±ribavirir mbitasvir+Dasabuvir
B – Resultado BHcG	para mulheres	entre 12 – 49		ositivo)							
Para preenchim	ento exclusivo	do médico	19-1	Registro	de dis	sper	isaç		a pre	nchim	ento	exc	lusiv	da f	armácia
	ginterferona 2						П	Qua	ntida	de disp	ens	ada		- uu F	
		n2, por via subc	utânea, uma	vez por s	semana.			1° d 4° d	isp _ isp _		5	disp	=		3ª disp
	asvir 60mg 1 (um) comprir	nido, por via or	al, uma vez a	o dia.			T	Qua	ntida	de disp	ensi 2ª		,		3ª disp
		pibrentasvir 40 midos, por via o		ao dia.			T	Qua 1ª d 4ª d	intida isp	de disp	ens				3º disp
	uvir 400mg 1 (um) comprin	nido, por via ora	al, uma vez a	o dia.			T	Qua 1ª d 4ª d	isn	de disp	ensi 2ª 5ª	ada disp disp			_3ª disp 6ª disp
	rina 250mg cápsula (s) por via oral, _	_vezes ao	dia ()	/ho	ras)			ntida isp	de disp	ensi 2ª		,		3ª disp
		sofosbuvir 400 mido, por via or		o dia.			T		antida lisp	de dis	oens		0		_ 3ª disp 6ª disp
20 - Observação:				10, 10,122											
04 147 11 4															
21 - Médico*					CRM: Data:			_ UF:							
22 - Recibo (para p	(44-41	exclusivo pela f	armácia)												
* dispensação	-				4ª d	ispe	nsaçã	io							
Data://	_	(Assinatura do	farmacêutico)			17				-			(Assin	atura do	farmacêutico)
Dispensação para _ Semanas	_	(Assiniture	do usuário)		Dis Ser	pens	ação Is	para_	_	-			(Ai	isinatura	do usuário)
^a dispensação					5° d	lispe	nsaçã	io							
Data://	. —	(Assinatura do	farmacêutico)		Dat			<u></u>	-	-			(Assin	atura do	farmacéutico)
Dispensação para _ Semanas	-	(Assinatura	do usuário)		Dis Ser	pens	ação Is	para_	_	-	_	_	(As	sinatura	do usuário)
a dispensação		y-mat (600)			6° d	isper	nsacă	0					-,^		
Data://	-	(Assinatura do	farmacêutico)	_	Dat			J		-			(Assin	atura do	fermacéutico)
Dispensação para _ Semanas		(Assirant as	do usuário)		Dis Ser	pens	ação IS	para _	_	_			-		do usuário)
		(Pastillites)	S. Stemo;			_							(At	onatura	ou squaff0)

Instruções de preenchimento na página 2 do documento

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

Preenchimento pelo médico prescritor



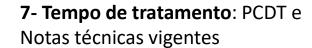






1 - CNS — Cartão Nacional de Saúde 2 - CPF* 3 - SINAN 4 - Prontu 5 - Nome Completo do Usuário - Civil*	uário
6 - Notifie Social	
7 - Tempo de tratamento:*	.10* 1 () B18.2
11 - Paciente coinfectado?* Our Sem Coinfecção HIV Hepatite B sem agente Delta Hepatite B com agente Delta Data do exame 12 - Exame de Carga Viral em UI/mL* 13 - Genotipagem* Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças 0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 Indeterminado 0 Não se aplica 14 - Estadiamento Hepático* Resultado APRI* ○ <1 ○ ≥1 e <2	
16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)* Sem C'rrose Child A Child B ou C 17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção* Sofosbuvir/ledipasvir Sofosbuvir/ledipasvir Sofosbuvir/ledipasvir Sofosbuvir/velpatasvir Glecaprevir/pibrentasvir Sofosbuvir-daclatasvir Glecaprevir/pibrentasvir Sofosbuvir-daclatasvir Blbasvir/grazoprevir	±ribavirina

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



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 <u>para a</u> <u>mesma infecção</u> (quando não houver RVS): tratamento inicial ou retratamento









	19 - Registro de dispensa	ação*
Para pr	reenchimento 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
	Daclatasvir 60mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª 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 - Observ	ação:	
21 - Médico	O140.	The state of the s
	(Carimbo e assinatura) Data://	

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









4 0110		Formulário de Solicita			SINAN	MAK
1 - CNS -	- Cartão Nacional de Sa	aude 2-CPI	F2	3-8	DINAN	4 - Prontuário
5 - Nome	Completo do Usuário -	Civil*				
6 - Nome	Social					
7 - Tempo d	de tratamento:*	Y8 - Origen	n do acompanhamento	médico* 9 - Pe	\$0:*	10 - CID-10*
	12 semanas		Público	-	70	B18.2
	te coinfectado?* Coinfecção	12 - Exame de Carga Viral em Validade de 12 meses	Obrigatório se us		4 - Estadiamento He Resultado APRI*	epático* 1 e <2 ◀
HIV	ite B sem agente Delta	< 500	Não se a		5 - Escala METAVIF	
	ite B com agente Delta	Data do exame 01/04/202	25		Selecione un	
Child A 8 – Resulta	Sofos	buvir+daclatasvir buvir+ribavirina s entre 12 – 49 anos:NNegativ	Glecaprevir/ Elbasvir/graz		Veruprevir/Ritonavi	r/Ombitasvir+Dasabuvi
71000111	parametric		egistro de dispens	ação*		
Para p	reenchimento exclusivo			Para preend Quantidade	chimento exclusivo d	da farmácia
	Alfapeginterferona Aplicar 180mcg/1,73	2a 180mcg m2, por via subc <mark>u</mark> tânea, uma v	ez por semana.	1ª disp 4ª disp	2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
	Daclatasvir 60mg Tomar 1 (um) compr	imido, por via oral, uma vez ao	dia.	Quantidade 1ª disp 4ª disp	dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
	Glecaprevir 100 mg Tomar 3 (três) compr	pibrentasvir 40mg imidos, por via oral, uma vez a	o dia.	Quantidade 1ª disp 4ª disp	dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
• 🗸	Sofosbuvir 400mg Tomar 1 (um) compri	mido, por via oral, uma vez ao	dia.	Quantidade 1ª disp 4ª disp	dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
	Ribavirina 250mg Tomar cápsula (s) por via oral,vezes ao dia	a (/horas)	Quantidade 1 ^a disp 4 ^a disp	dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
	Velpatasvir 100mg/ Tomar 1 (um) compr	sofosbuvir 400mg imido, por via oral, uma vez ao	dia.	Quantidade 1ª disp 4ª disp	dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
20 - Obsen	vação:			•		
21 - Médico	0*		CRM:	UF: Selectone	uma opção	
			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







Form	ulário de Solicitação de Medio	camentos - 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 acompanhame	nto médico* 9 - Peso:*	10 - CID-10*
12 semanas	Público	70	B18.2 🔽
● Sem Coinfecção HIV	500 em crianças	e uso de Peg_IFN Resultado APRI a aplica (Elastografia, biópsia h	VIR
cirrose (Child-Pugh)* Nenhum (virg Simeprevir+s Sofosbuvir+d Sofosbuvir+d Sofosbuvir+r	aclatasvir Glecapre bavirina Elbasvir/g	ir/ledipasvir	peginterferona+ribavirina entasvir+sofosbuvir±ribavirina avir/Ombitasvir+Dasabuvir
8 – Resultado BHcG para mulheres entre	And the state of t		
Para preenchimento exclusivo do mé	19 - Registro de dispe dico	nsaçao* Para preenchimento exclusiv	vo da farmácia
Alfapeginterferona 2a 180		Quantidade dispensada 1 ^a disp 2 ^a disp 4 ^a disp 5 ^a disp	3ª disp 6ª disp
Daclatasvir 60mg Tomar 1 (um) comprimido, p	or via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1³ disp 2³ disp 4³ disp 5³ disp	3ª disp 6ª disp
Glecaprevir 100 mg/pibren Tomar 3 (três) comprimidos,	tasvir 40mg por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp 2ª disp 4ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
Sofosbuvir 400mg Tomar 1 (um) comprimido, p	or via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp 2ª disp 4ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
Ribavirina 250mg Tomar cápsula (s) por v	ia oral,vezes ao dia (/horas)	Quantidade dispensada 1ª disp2ª disp 4ª disp5ª disp	3ª disp 6ª disp
Velpatasvir 100mg/ sofost Tomar 1 (um) comprimido, p		Quantidade dispensada 1ª disp 2ª disp 4ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
20 - Observação:			
21 - Médico*	CRM: Data:	UF: Selectone uma opplic	

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









	Formulário de Solicitação	o de Medic	amentos –	Hepatite C	MAIO/202
1 - CNS – Cartão Nacional de Sa	aúde 2 - CPF*		T;	3 - SINAN	4 - Prontuário
5 - Nome Completo do Usuário -	Civil*				
6 - Nome Social					
- Tempo de tratamento:*	Y8 - Origem do	acompanhamen	to médico* 9 -	Peso:*	(10 - CID-10*
12 semanas		úblico		70	B18.2 ▼
- Paciente coinfectado?* Sem Coinfecção	12 - Exame de Carga Viral em Ul/n Validade de 12 meses	Obrigatório se	ipagem* uso de Peg_IFN	14 - Estadiamento H Resultado APRI*	lepático*
HIV Hepatite B sem agente Delta Hepatite B com agente Delta	500 - 6 milhões Data do exame 31/03/2025	Não se	aplica 🔽	15 - Escala METAVI (Elastografia, biópsia hep Selecione u	ática ou outro)
rrose (Child-Pugh)*	orèvio de esquemas com DAA para um (virgem de tratamento com DAA orevir+sofosbuvir buvir-daclatasvir buvir-ribayirina		/ledipasvir /velpatasvir r/pibrentasvir	☐ Glecaprevir/pibrent	ginterferona+ribavirina lasvir+sofosbuvir±ribavirina ir/Ombitasvir+Dasabuvir
/	s entre 12 – 49 anos: Negativo	▼ Elbusvil/gi	azopievii		
D		tro de dispen			1.6.6.
Para preenchimento exclusivo Alfapeginterferona Aplicar 180mcg/1,73		or semana.		enchimento exclusivo ade dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp
Daclatasvir 60mg Tomar 1 (um) compr	imido, por via oral, uma vez ao dia.			ade dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp
Glecaprevir 100 mg Tomar 3 (três) comp	/pibrentasvir 40mg imidos, por via oral, uma vez ao dia	ı.	Quantida 1ª disp 4ª disp	ade dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
Sofosbuvir 400mg Tomar 1 (um) compr	mido, por via oral, uma vez ao dia.	è	Quantida 1ª disp 4ª disp	ade dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
Ribavirina 250mg Tomar cápsula	s) por via oral,vezes ao dia (_/horas)	Quantida 1ª disp 4ª disp	ade dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
Velpatasvir 100mg/ Tomar 1 (um) compr	sofosbuvir 400mg imido, por via oral, uma vez ao dia.		Quantid 1° disp 4° disp	ade dispensada 2ª disp 5ª disp	3ª disp 6ª disp
0 - Observação:			-M		
1 - Médico*		CRM:	UF: ∞	ecione uma oppilio	
	so e essinatura)	Data:		_	

A DISPENSAÇÃO 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

IMPRIMI

DISPENSAR

CANCELAR

Alerta!

Medicamentos TARV









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.

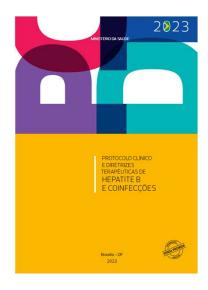








PCDT 2023



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

Formulário de Solicitaçã	io de Medicam	entos - He	patite B		SETEMBRO2023
1 - CNS - Cartão Nacional de Saúde 2 - CPF*	dos campos de 1 a 33 deve ser	3 - SII	VAN	Y4.	- Prontuário
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*					
6 - Nome Social					
O Sim Não 0 30 dias 0 90 dias 0 150 dias médico*	m do acompanhamento	10 - Peso:*	OB17.0 (DB18.0 OF	318.1 316.0 OB16.1
12 - Paciente coinfectado?* Y13 - Exame de HBeAg:"Y14 - E	Exame de ALT?* aior que 1,5 vezes LSN enor que 1,5 vezes LSN	Y15 - Exame de	HBV-DNA:*	16 - Gravida O Sem Cir O Child B	de de cirrose conspunt rose O Child A
17 - Exame de anti-HDV loGY 18 - Exame de HDV-RNA: Y19 - Resulta	do Beta-HCG?*	Y20 - Diagnos	tico Materno		eta-HCG Positivo):
(congativo para CDs 8160,8161,817.0 e 818.0) (congativo para CDs 8160,816.1,817.0 e 818.0) O Uso de m	ONegativo étodos contraceptivos o	OData do di			
OReagente ONão Reagente ODetectável ONão detectável alta eficác 21 - Indicação terapéutica: * OTratamento da Hepatite B	ia ou definitivos	Cldade gesta		emanas de ge	
OProfilaxia da reinfecção pós-transplante he	pático OProfilaxía do	da Transmissão v profissional de s	ertical aúde	OPrevenção (da reativação viral
22 - Situação para profilaxia da realityação viral: (Expensato se presenta de lobogativo se profilaxia da rentricolic ou prevendo da lobogativo se profilaxia da rentricolic ou prevendo da	24 - Receptor apre	senta:	25 - Risco d	e reativação v Moderado	iral: (obroattro se Prevençio da reatregão viral) O Baixo
Terapia imunossupressora ou HRSAg Anti-HRc tota	porgation se Profiana da renteo Visi por tar HBsAq	Anti-HBc total	26 - Momen	to da profilaxia	da reinfecção:
Candidatos a transplante de órgãos Reagente Não Reagente Não Reagente	Reagente Não Reagente	○ Reagente○Não Reagente	Pré-trans	plante hepático plante hepático	O (obrigatório se Profilesia da minflicollo pós-transplante hepitico)
27 - Risco de reinfecção pós-transplante hepático: (dospitos se Prollega de Alto risco Baixo risco Muito baixo risco	28 - Necessidade	de terapia preem OSi			(Se bako risco – campo 25)
29 - Outros critários para indicação de tratamento.* História familia de carcinama hepatodar (CHC); Marinistações exista hepáticas, como artite, vasculles, netropeta poliarterite neuropeta perficies goute grave (INR > 1,5; identica por mais de 4 semanas, encefalop accepta, de la perficie apude grave (INR > 1,5; identica por mais de 4 semanas, encefalop accepta, de la perficie avençado; Discopta peptica avençado; Hepatite familiamo (18 anos) com ALT >= 1,3x LSN por mais de 6 meses Paciente pediátrico (18 anos) com ALT >= 1,3x LSN por mais de 6 meses	nodosa, pior prog história fe outras ca Biópsia h Elastogra entre 1 e Profission	nóstico da hepatite imiliar de cirrose p usas de hepatopa epática METAVIR fia hepática: EHT 5x LSN), ou pSW nal de saúde com	B crônica (sex or HBV ou por fia); maior ou igual >9 kPa (níveis E/ARFI ≥1.8 m	o masculino, id causa desconh a A2 e ou F2 normais de ALT seg, ou 2D-SW	ecida, ou presença de T) ou >12 kPa (ALT /E >10 kPa
30 - O paciente apresenta alguma das segunites condições?" Consumo atal de ábod e loi udegas: Disteponose e outras obenças: Cardiopala ou pneumopala grave; Sasticos hematidos e outras obenças: Distribos presidêncis na fota tadoido de siberitos de visabilidos na materia de la fota de la	ceto hepático nia, leucopenía, plaqueto	□ Exa penia □ Insu	ficiência hepáti atite auto-imun		ral
31 - Contraindicação ao uso de:* Alfapeginterferona Tenofovir (TDF) 32 - Apresentou resisté Entecavir TAF Sem contraindicação Entecavir	encia ou falha terapêution Tenofovir	a ao uso de:*	3 – Uso prévid ⊒Alfapeginter ⊒Entecavir	de:* Nen ferona TAF	hum (Vegen de tratamento)
	stro de dispensaça				☐Tenofovir ☐Lamivudina
34 - Regis	one de disperieuy		Invento aval.	alia da farant	Lamivudina
Para preenchimento exclusivo do médico Alfapeginterferona 2a 180mcg		Para preench		sivo da farma	Lamivudina
Para preenchimento exclusivo do médico Afapeginterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutânea, uma vez por semana.	Quantidade dispensada 1º disp2º disp	Para preench 3º disp	4* disp	5* disp	Lamivudina
Para preenchimento exclusivo do médico Alfaped interferona 2a 180mcg Aplica 180ming I, 13m. por ute subcullinea, uma vez por semana. Entecavir 0,5mg Comprimdo(s), por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1º disp2º disp Quantidade dispensada 1º disp2º disp	Para preench			Lamivudina
Para preenchimento exclusivo do médico Alfapegin (raferona 2a 180mog) Apidori (180mog) 1, 7am; or via subcustiena, uma vez por semana. Enteccard (180mog) 1, 7am; or via subcustiena vua vez por semana. Tona confermació, por via oral, uma vez ao día. Tenociów (TDD) 300mg	Quantidade dispensada 1" disp 2" disp Quantidade dispensada 1" disp 2" disp Quantidade dispensada 1" disp 2" disp	Para preench 3º disp	4* disp	5* disp	Lamivudina
Para preenchimento exclusivo do médico Alfapocinterforono 2a 180mog Aprilar (18mog) 1.7m., por via soluzione, uma vez por semana. Entecaerri (27m.) Tento (17m.) 30mog via crati, uma vez ao dia. Tento (17m.) 30mog via crati, uma vez ao dia. Tento (17m.) 30mog via crati, uma vez ao dia. Tento (17m.) 30mog via crati, uma vez ao dia. Tento (17m.) 30mog via crati, uma vez ao dia. Tento (17m.) 30mog via crati, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1º disp _2º disp Quantidade dispensada 1º disp _2º disp Quantidade dispensada 1º disp _2º disp Quantidade dispensada 1º disp _2º disp	Para preench	4* disp	5* disp	Cia 6° disp 6° disp
Para preenchimento exclusivo do médico Alfapocinterforono 2a 180mog Aprica (180mog) 1.7m. por via cost uma vez por semana. Entecavri (27 mil.) por via cost uma vez por semana. Entecavri (27 mil.) Fornio (17 mil.) por via cost uma vez ao dia. Tennofovir (17 mil.) 200mg Tennofovir (17 mil.) 200mg Tennofovir (17 mil.) 200mg Tennofovir (17 mil.) 200mg Tennofovir Aleferometica (17 mil.) 200mg Tennofovir (10 mil.)	Quantidade dispensada 1" disp 2" disp Quantidade dispensada 1" disp 2" disp Quantidade dispensada 1" disp 2" disp	Para preenct 3º disp 3º disp 3º disp	4* disp4* disp4* disp4* disp	5* disp 5* disp 5* disp	Cia 6° disp 6° disp 6° disp
Para preenchimento exclusivo do médico Alfapocinterforono 2a 180mog Algiard (180mog) 1.7m/, por via cost, uma vez por semana. Entecarrú (27 mg) Tente conspiration (180mog) 1.7m/, por via cost, uma vez ao dia. Tente (180mog) 1.7m/, por via cost, uma vez ao dia. Tente (180mog) 1.7m/, por via cost, uma vez ao dia. Tente (180mog) 1.7m/, por via cost, uma vez ao dia. Tente (180mog) 1.7m/, por via cost, uma vez ao dia. Tente (180mog) 1.7m/, por via cost uma vez ao dia. Innuncipolo.Ulina humana anti-hepatite B 1.000U Administra (100 UI), por via intramissolar, fluma) vez ao més. 33 - Observação:	Quantidade dispensada 1º disp _2º disp Quantidade dispensada 1º disp _2º disp Quantidade dispensada 1º disp _2º disp Quantidade dispensada 1º disp _2º disp	2ª disp	4º disp4º disp4º disp4º disp	5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp	Lamivudina 6º disp 6º disp 6º disp 6º disp
Para preenchimento exclusivo de médico. Alfacepinterferono 2a 18000000 Agriciri (Bilongi) Tain- por via sostulinies, uma vez por semana. Entecard (CSPE) 300000 Tennol (CSPE) 300000 Tennol (Ling) 3000000 Tennol (Ling) 3000000000000000000000000000000000000	Ouantidade dispensada 1º disp 2º disp	2ª disp	4º disp4º disp4º disp4º disp	5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp	Lamivudina 6º disp 6º disp 6º disp 6º disp
Para preenchimento exclusivo do médico Alfascquirdercoa Za 180mg Aprile 180mg/1.7am; por via subcudirieu uma vez por semana. Entecanvi (250 dos), por via exclusiva vez ao dia. Tendovir (1157 300mg Tenar (1 ma) comprisio, por via carul, uma vez ao dia. Tendovir (1157 300mg Tenar (1 ma) comprisio, por via carul, uma vez ao dia. Tenar (1 ma) comprisio, por via carul, uma vez ao dia. Tenar (1 ma) comprisio, por via carul, uma vez ao dia. Imunoglobulina humana anti-hepatice B 1,000U Accessor (1 ma). Lor na internaciolar, fuendi sente ao més. 35 - Observição:	Cuandidade dispensada 1º disp 2º disp Quandidade dispensada 1º disp 2º disp	Para preenct 3* disp	4º disp 4º disp 4º disp 4º disp 4º disp	5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp	Lamivudina 6º disp 6º disp 6º disp 6º disp
Para preenchimento exclusivo do médico Alfapecinterferono 2a 180mog Aplari (Simogri 7.5m; por via osal, uma vez por semana. Entecant (California), 15m; por via osal, uma vez ao dia. Tomo (Simogri 7.5m; por via osal, uma vez ao dia. Tomo (Simogri 7.5m; por via osal, uma vez ao dia. Tomo (Simogri 1.5m; por via osal, uma vez ao dia. Tomo (Simogri 1.5m; por via osal, uma vez ao dia. Tomo (Simogri 1.5m; por via osal, uma vez ao dia. Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000U Admissizari 100 UII, por via intramusolari, flumal vez ao nele. 35 - Observação: 35 - Prescritor* Comission assesses 27. Reboto [para preenchimento exclusivo pela formada) 1º dispensação Data:	Quantidade depentada 1º dep 2º dep 2º dep 1º dep 2º dep 1º dep 2º dep 1º dep 2º dep 1º dep 2º dep 2º dep 1º dep 2º dep 2º dep	Para preenct 3º disp 3º disp 3º disp 3º disp 3º disp 3º disp WS:	4* disp	5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp5* disp	Lamivudina 6º dsp 6º dsp 6º dsp 6º dsp 6º dsp
Para greenchimento exclusivo do médico Alfaporitarde roca 24 180mg Feneral (una veza o da. Tendori (1107) 300mg Tendra (1 una veza o da. Tendrovir Alfaferamida (1AF) 20mg Tendra (1 una veza o da. Tendrovir Alfaferamida (1AF) 20mg Tendra (1 una veza o da. Tendrovir Alfaferamida (1AF) 20mg Tendra (1 una veza o da. Tendrovir Alfaferamida (1AF) 20mg	Quantidade dispensada Y disp 2" dispensada 4" dispensada 4" dispensada 4" dispensada 2" dispensada	Para preenci 3º disp 3º disp 3º disp 3º disp 3º disp MS: Dias	4* disp	5° disp 5° disp 5° disp 5° disp 5° disp	Lamivudina Cia 6° dsp 6° dsp 6° dsp 6° dsp 6° dsp 6° dsp
Para greenchimento exclusivo do médico Alfaporitarde roco 2a 180mog Ajobal 180mog 1.78m; por via sobculiñea, uma vez por serrana. Friencani/ Cogro del programa de la companio del companio	Quantidade dispensada Y disp 2" dispensada 4" dispensada 4" dispensada 4" dispensada 3" disp	Para preenci 3º dsp 3º dsp 3º dsp 3º dsp 3º dsp MS: O // Dara Dias 0 //	4* disp 4* disp 4* disp 4* disp 4* disp 4* disp	5° disp 5° disp 5° disp 5° disp 5° disp	Lamivudina Cia 6° dsp
Para preenchimento exclusivo do médico Alfascipitarderona Za 180mog Alfascipitarderona Za 180mog Agriari 180mog 1.7 sini, por via subusibilen una vez por semana. Friencavir (1975 dost), por via ceal uma vez ao dia. Tendovir (1975 300mg Tenar 1 (una promptino, por via ceal uma vez ao dia. Tenar 1 (una promptino, por via ceal uma vez ao dia. Tenar 1 (una promptino, por via ceal uma vez ao dia. Immunoglobulina humana amb Hapsifice B 10000U Administra 100d. Liu or las infanciosale. (Liural vez ao més. 35 - Obresnoplio: 36 - Prescritor* Carrier sessione 27 - Recibi piana preenchimento esclusivo pela fermicia) 11 dispensação Data:	Quantidade dispersada Vapr 2º dep Vapr 2º de	Para preenci 3º dep	4* disp 4* disp 4* disp 4* disp 4* disp 4* disp	5° disp	Lamivudina Cia 6° dsp
Para preenchimento exclusivo de médico Alfapocinterformo 2a 180mog Algida (18mog) 1.7m/, por via oral, uma vez por semana. Entecavir (12mog) 1.7m/, por via oral, uma vez ao dia. Tomar (1 mg) compristo, por via oral, uma vez ao dia. Tomar (1 mg) compristo, por via oral, uma vez ao dia. Tomar (1 mg) compristo, por via oral, uma vez ao dia. Tomar (1 mg) compristo, por via oral, uma vez ao dia. Imrunoglobulina humana anth-hepatite B 1,000.01 Asmisstran 100 IUI, por via ritamusclari, 1,1uma) vez ao més. 35 - Observação: (27- Radolo (para preenchimento exclusivo pela formacia) 1º dispensação Data:	Quantidade dispensada Y disp 2" dispensada 4" dispensada 4" dispensada 4" dispensada 3" disp	Para preenci 3º dep	4* disp 4* disp 4* disp 4* disp 4* disp 4* disp	5° disp	Lamivudina Of dap Of dap

Instruções de preenchimento na página 2 do documento

Importante preencher todos os campos aplicáveis, atentandose aos obrigatórios!

Preenchimento pelo médico prescritor









Início de Tratamento?*	Este formulário é válid	o por*		Origem do acompanha	mento médico*			Peso(Kg):	CID-10*
○ Sim ○ Não	Informe a Validade.	rme a Validade 🗸		O Público O Privado					○ B16.0 ○ B16.1 ○ B16.2 ○ B16.9 ○ B17.0 ○ B18.0 ○ B18.1
Paciente coinfectado?*		Exame de HBeAg*		Exame de ALT?*		Exame de	HBV-DNA:*		Gravidade de cirrose (Child-Pugh) *
□ Sem Coinfecção □ HIV □ Hepatite B com : □ Hepatite C	agente Delta	○ Reagente ○ Não Re	agente	○ Maior que 1,5 vezes l ○ Menor que 1,5 vezes		Resultado Data:	dd/mm/yyy	у	○ Sem Cirrose ○ Child A ○ Child B ou C
Resultado Beta-HcG Para mulheres entre 10 – 49 anos O Positivo O Negativo O Uso de métodos co	ontraceptivos de alta eficác	tia ou definitivos							
Indicação terapêutica:*									
○ Tratamento da Hepatite B ○ Prevenção da Tr	ransmissão Vertical 🔘 P	revenção da Reativação Viral	O Profilaxia da Reinfe	ecção Pós-transplante Hepái	tico O Profilaxia do Profis	sional de Sa	úde		
Outros critérios para indicação de tratamento:*					O paciente apresenta alg	guma das se	guintes cond	ções?*	
História familiar de carcinoma hepatocelular	e 4 semanas, encefalopatii LSN por mais de 6 meses onográficos e endoscópico o cu F2 ais de ALT) ou >12 kPa (ALT	a ou ascite) s de cirrose. a um pior prognóstico da HB	/ crônica	WE >10 kPa	Consumo atual de álc Cardiopatia ou pneun Disfunção tireoidiana Distúrbios psiquiátric Diabetes melito com l Osteoporose e outras Antecedente de trans, Distúrbios hematológ Doença autoimune Alteração de função r Doença renal crônica Neoplasia recente Exacerbação aguda di Insufficiência hepática Hepatite auto-imune Nenhuma	nonia Grave não controi os não trata histórico de doenças do plante, exce icos: anemi enal por uso e hepatite vi	ada dos crise hiperglic metabolismo to hepático a, leucopenia, prévio de ten	ósseo	
Contraindicação ao uso de:*			Apresentou resistência	a ou falha terapêutica ao us	o de:*			Uso prévio de:*	
□ Alfapeginterferona □ Tenofovir □ Entecav Data da Solicitação:	vir Tenofovir TAF	Sem contraindicação	☐ Alfapeginterferona	☐ Tenofovir ☐ Entecav	vir 🗌 Tenofovir TAF 🔽 N	lenhuma			a Entecavir Tenofovir Lamivudina de tratamento) TAF
25/04/2025	25/04/2025								
23/04/2023	23/04/2023								
				Observ	vação:				
Observação									









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*	7- Início de tratamento : Conformidade PCDT e notas técnicas vigentes
7 - Início de tratamento?* 8 - Este formulário é válido por:* 9 - Origem do acompanhamento 10 - Peso:* 11 - CID-10* B16.2 B16.9 B18.1 B16.2 B16.9 B18.1 B17.0 B18.0 B16.0 B16.1 B17.0 B18.0 B16.	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









Hepatite B – PCDT 2023

• Critérios para tratamento/profilaxia – itens 9.2 e 9.3

Pacientes com HBV-DNA \geq 2.000 UI/mL (independentemente do status do HBeAg) $\underline{\mathbf{E}}$ níveis de ALT elevados (\geq 52 U/L para homens e \geq 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 ≥ 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 ≥ 1,8 m/seg, ou 2D-SWE > 10 kPa.
- Prevenção da transmissão por profissionais de saúde que realizam procedimentos com alto risco de exposição.









☐ 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 cirrose por HBV ou por causa desconhecida de cirrose por HBV ou por causa de cirrose por HBV ou por
Hepatite aguda grave (INR > 1,5; icterícia por mais de 4 semanas, encefalopatia ou outras causas de hepatopatia);
ascite); ☐ Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2 e ou F2 ☐ Reativação de hepatite B crônica; ☐ Elastografia hepática: EHT >9 kPa (níveis normais de ALT) ou >12 kPa (ALT
□ Doença hepática avançada; entre 1 e 5x LSN), ou pSWE/ARFI ≥1,8 m/seg, ou 2D-SWE >10 kPa
☐ Hepatite fulminante ☐ Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV
□ Paciente pediátrico (<18 anos) com ALT >=1,3x LSN por mais de 6 meses □ Não apresenta.
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; Costeoporose 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 ☐ Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir ☐ Nenhuma hiperglicêmica aguda ☐ Doença renal crônica
31 - Contraindicação ao uso de:* 32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:* 33 - Uso prévio de:* Nenhum (Vrgem de tratamento)
□ Alfapeginterferona □ Tenofovir (TDF) □ Alfapeginterferona □ Tenofovir □ Nenhuma □ Alfapeginterferona □ Tenofovir □ Lamivudina □ 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









(34 - Re	gistro de dispensação*	
Para preenchimento exclusivo do médico	Para preenchimento exclusivo da farmácia	
Alfapeginterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutánea, uma vez por semana.	Quantidade dispensada 1ª disp2ª disp3ª disp4ª disp5ª disp5	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	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 1.000Ul Administrar 1.000 Ul, 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









7 - Início de tratamento?* 8 - Este fo		em do acompanhamer Público	10 - Peso:* 70	11 - CID-10*	B18.1	
12 - Paciente coinfectado?*	13 - Exame de HBeAq:*\14 -	_	15 - Exame de	HBV-DNA:*	16 - Gravidad	le de cirrose (Child-Pugh)*
 Sem Coinfecção 	Não Roagonto Major	que 1,5 vezes LSN	Resultado: 20		Som	Cirrose 🔻
☐ HIV ☐ Hepatite C ☐ Hepatite D	Delta Mao Reagente		→ Data: 31/03/			
17 - Exame de anti-HDV IgG: 18 - Exame de HDV-RNA: 19 - Resultado Beta-HCG?* 20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Posi (obrigatório para CIDs B160, B161, B17.0 e B18.0) (obrigatório para CIDs B160, B161, B17.0 e B18.0) (obrigatório para CIDs B160, B161, B17.0 e B18.0)						s se beta-HCG Positivo):
	elecione uma opção Negativo	0		Idade gestacion		anas de gestação
21 - Indicação terapêutica:** Tratamento da Hepatite B						
22 - Situação para profilaxia da reativação viral:	23 - Doador apresenta: (obrigatório se profilaxia da reinfecção ou prevenção de realt/ação viral por transplante)	24 - Receptor ap (obrigatório se Profilasia da reint viral por t	resenta: jecção ou prevenção da reativação transplante)	25 - Risco de Selecio	reativação vir ne uma opç	da reasvação viaij
(obrigatório se prevenção da reativeção viral)	HBsAg Anti-HBc tot		Anti-HBc total	26 - Momento	da profilaxia	da reinfecção:
Selecione uma opção	Selecione uma opção Selecione uma ope	ção Selecione uma opção	Selecione uma opção		ne uma opç	oós-transplante hepático) ão
27 - Risco de reinfecção pós-transpla	nte hepático:	28 - Necessidad	e de terapia preem	otiva por risco de	e reativação:	Se baixo risco – campo 25)
(obrigatório se Profilaxia da reinfecção pós-transp. hepético) 29 - Outros critérios para indicação de	Muito baixo risco		Selecion	e uma opção		
História familiar de carcinoma hepatocelular (CHC): Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculites, nefropatia poliarterite nodosa, neuropatia periférica; Hepatite aguda grave (INR > 1,5; ictericia 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 hiperglicémica aguda						
31 - Contraindicação ao uso de:* ☐ Alfapeginterferona ☐ Tenofovi ☐ Entecavir ☐ TAF ☑ Sem con	r (TDF) (32 - Apresentou resist □ Alfapeginterferon □ Entecavir	tência ou falha terapêu a ☐ Tenofovir ☐ TAF	☑ Nenhuma	3 – Uso prévio (] Alfapeginterfe] Entecavir		IUM (Virgem de tratamento) Tenofovir Lamivudina
C Doesn's Does		istro de dispensa			LIM	
Para preenchimento exclusivo do médico Para preenchimento exclusivo da farmácia						
Alfapeginterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcuta	nea, uma vez por semana.	Quantidade dispensada 1ª disp2ª dis		4a disp	5ª disp	6ª disp
Entecavir 0,5mg Tomar comprimido(s), por via ora	Quantidade dispensada 1ª disp2ª dis		4ª disp	5ª disp	6ª disp	
Tenofovir (TDF) 300mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral,	uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp2ª dis	p3ª disp	4ª disp	5ª disp	6ª disp
Tenofovir Alafenamida (TAF) Tomar 1 (um) comprimido, por via oral,	25ma	Quantidade dispensada 1ª disp2ª dis		4ª disp	5ª disp	6ª disp
Imunoglobulina humana anti- Administrar 1.000 UI, por via intramusci	hepatite B 1.000UI	Quantidade dispensada 1ª disp2ª dis		4ª disp	5a disp	6ª disp
35 - Observação:						

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 \geq 2.000 UI/mL (independentemente do status do HBeAg) $\underline{\mathbf{E}}$ níveis de ALT elevados (\geq 52 U/L para homens e \geq 37 U/L para mulheres) em duas medidas consecutivas, com intervalo mínimo de três meses elas, **devem ser tratados**.









7	17 1 7 711 1	+ >6 -:		- AA D +	(11 OID 100		
7 - Início de tratamento?* 8 - Este fo	ormulario e valido p 30 dias 🔽	9 - Origem (médico* P	do acompanhamen Público	to 10 - Peso:* 70	11 - CID-10*	B18.1	•
12 - Paciente coinfectado?*	13 - Exame d	e HBeAg:*\14 - Exa	ame de ALT?*	15 - Exame de	HBV-DNA:*	16 - Gravidao	de de cirrose (Child-Pugh)*
 Sem Coinfecção 	Não Dongo		1,5 vezes LSN	Resultado: 20		Com	Cirroso 🔲
☐ HIV ☐ Hepatite C ☐ Hepatite D	□ HIV □ Hepatite C □ Hepatite Delta Não Reagente ☑ Maior qu			■ Data: 31/03/			Cirrose 🔻
17 - Exame de anti-HDV IgG; 18 - Exame de HDV-RNA: 19 - Resultado Beta-HCG?* 20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta beta-HCG?* OData do diagnóstico						as se beta-HCG Positivo):	
	elecione uma opçã	Negativo			Idade gestacion		nanas de gestação
21 - Indicação terapêutica:** Tratamento da Hepatite B							
22 - Situação para profilaxia da reativação viral:	23 - Doador apres (obrigatório se profilaxia da reativação viral	enta: reinfecção ou prevenção da por transplante)	24 - Receptor apr (obrigatório se Profilasia da reinfe viral por tr	resenta: ccão ou prevenção da reativação arisplante)	25 - Risco de Selecio	reativação vi	ou rearraged reas
(obrigatório se prevenção da reativação viral)	HBsAg	Anti-HBc total	HBsAg	Anti-HBc total	26 - Momento	da profilaxia	da reinfecção:
Selecione uma opção	Selecione uma opção	Selecione uma opção	Selecione uma opção	Selecione uma opção		ne uma opç	pós-transplante hepático) :ão
27 - Risco de reinfecção pós-transplar	nte hepático:		28 - Necessidade	e de terapia preem	ptiva por risco d	e reativação:	(Se baixo risco – campo 25)
(obrigatório se Profilaxia da reinfecção pós-transp. hepático)	Muito baixo ri	sco	l .	Selecion	e uma opção		
29 - Outros critérios para indicação de tratamento:* História familiar de carcinoma hepatoceular (CHC); História familiar de carcinoma hepatoceular (CHC); História familiar de carcinoma hepatoceular (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 hepatite B crônica; Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2 e ou F2 Elastografía hepática: EHT >9 kPa (níveis normais de ALT) ou >12 kPa (ALT entre 1 e S LLSN), ou pSWE/ARFI ≥1,8 m/seg, ou 2D-SWE >10 kPa Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV Não apresenta. Saciente pediátrico com sinais clínicos, ultrassonográficos e endoscópicos de cirrose. Não apresenta Não apresen							
☐Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda	☐ Alteração da ☐ Doença rena	função renal por uso crônica	previo de tenotovir	☑Ner	nhuma		
31 - Contraindicação ao uso de:* Alfapeginterferona Tenofovir (TDF) Alfapeginterferona Tenofovir TAF TAF					□ Tenofovir		
		34 - Registr	o de dispensaç				
	Para preenchimento exclusivo do médico Para preenchimento exclusivo da farmácia						cia
Alfapeginterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutar	l nea, uma vez por sema	ina.	Quantidade dispensada 1ª disp2ª disp	3a disp	4 ^a disp	5ª disp	6ª disp
Entecavir 0,5mg Tomar 1 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, u		1	Quantidade dispensada 1ª disp 2ª disp	3ª disp	4ª disp	5ª disp	6ª disp
Tenofovir Alafenamida (TAF) 2 Tomar 1 (um) comprimido, por via oral,	uma vez ao dia.	1	Quantidade dispensada 1ª disp2ª disp	3ª disp	4ª disp	5ª disp	6a disp
Imunoglobulina humana anti-l Administrar 1.000 UI, por via intramuscu	hepatite B 1.000U		Quantidade dispensada 1ª disp 2ª disp	3ª disp	4ª disp	5ª disp	6ª disp
25. Observações							

A DISPENSAÇÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDT!

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 Contraindicação 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









	em do acompanhamento * Público TO Peso:* 11 - CID-10* B18.1	
12 - Paciente coinfectado?* Sem Coinfecção HIV Hepatite C Hepatite Delta 13 - Exame de HBeAg:* 14 - Não Reagente	Exame de ALT?* que 1,5 vezes LSN The following in the control of the control	
	ado Beta-HCG?* 20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo): OData do diagnóstico	A DISPENSAÇÃO APRESENTOU
Selecione uma opção Selecione uma opção Negativ	O Oldade gestacional semanas de gestação	A DIST ENGAÇÃO AT RESERTO
21 - Indicação terapêutica:* Tratamento da Hepatite B		
22 - Situação para profilaxia da reativação virál: (circipativa se prevenção da restructão da restructão (obrigativo se previngua da restrucção da restrucçã	24 - Receptor apresenta: (obrigatório se Profisio da interfecção o prevenção da medivação vera por traficiamiento de prevenção de medivação Selecione uma opção	CRÍTICA IMPEDITIVA: 32
HBsAg Anti-HBc to Selecione uma opção Selecione uma opção	(obrigatório se Profilaxia da reinfecção pós-transplante hepático)	Paciente apresenta contraindica
27 - Risco de reinfecção pós-transplante hepático: (otoputito se Prollatea da reinfecção pós-transp. hepático) Muito baixo risco	28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação: (Se baixo risco – campo 25) Seleccione uma opçalo	
□ Hepatite aguda grave (INR > 1,5; ictericia por mais de 4 semanas, encefalo 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 o	□ Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2 e ou F2 □ Elastografia hepática: EHT >9 kPa (niveis normais de ALT) ou >12 kPa (ALT entre 1 e St. LSN), ou pSWE/ARF] ≥1,8 m/seg, ou 2D-SWE >10 kPa □ Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV ☑ Não apresenta.	INDICAÇÃO PARA TRA ALTERNATIVO A
□ Consumo atual de álcool e/où drogas; □ Cardiopatía ou pneumopatía grave; □ Disturção tireodiana não controlada; □ Distúrbios psiquiátricos não tratados; □ Diabetes nelito com histórico de crise hiperglicêmica aguda	xceto hepático mia, leucopenia, plaquetopenia uso prévio de tenofovir Exacerbação aguda de hepatite viral Insuficiência hepática grave Hepatite auto-imune Nenhuma	Cirrose
31 - Contraindicação ao uso de:* ☐ Alfapeginterferona ☐ Tenofovir (TDF) ☐ Entecavir ☐ TAF ☐ Sem contraindicação ☐ Entecavir ☐ Entecavir	tência ou falha terapêutica ao uso de:* 33 – Uso prévio de:* Nenhum (vogende tatumento) a Tenofovir ZNenhuma Alfapeginterferona Tenofovir TAF Zlamivudina Tenegrafia Tamivudina Ta	
	istro de dispensação*	
Para preenchimento exclusivo do médico Alfapeginterferona 2a 180mcg	Para preenchimento exclusivo da farmácia Quantidade dispensada	
Alfapeginterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutanea, uma vez por semana. Entecavir 0,5mg	1 ⁸ disp 2 ⁸ disp 3 ⁸ disp 4 ⁸ disp 5 ⁸ disp 6 ⁸ disp	
Tomar 1 comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.	1 ^a disp 2 ^a disp 3 ^a disp 4 ^a disp 5 ^a disp 6 ^a 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 18 disp	
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000Ul Administrar 1.000 Ul, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês	Quantidade dispensada 1º disp 2º disp 3º disp 4º disp 5º disp 6º disp	

35 - Observação:

DISPENSAÇÃO APRESENTOU INCONSISTÊNCIAS DE ACORDO COM O PCDT!

Paciente apresenta contraindicação ao medicamento Entecavir 0,5mg

IMPRIMI

CANCELAR

CONCLUIR DISPENSAÇÃO

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









7 - Início de tratamento?* 8 - Este formulário é válido por:* 9 - Origem do acompanhamento 10 - Peso:* 11 - CID-10* B18.1					
Sim 180 dias 9-Unique de value poi. 9-Unique po					
12 - Paciente coinfectado?* 13 - Exame de HBeAg.* 14 - Exame de ALT?* Sem Coinfecção 15 - Exame de HBV-DNA.* 16 - Gravidade de cirrose (אושרעות)					
© Sem Cirrose					
17 - Exame de anti-HDV IgG: 18 - Exame de HDV-RNA: (corgatión para CIDs 8160, 8161, 817.0 e 818.0)					
Selecione uma opção Selecione uma opção Negativo Selecione uma opção Oldade gestacional semanas de gestação					
21 - Indicação terapêutica:* Tratamento da Hepatite B					
22 - Situação para profilaxia da reativação viral: 23 - Doador apresenta: (obrigatiro se profissa da errefecção outreverção da reativação viral: (obrigatiro se profissa da errefecção outreverção da reativação viral: (obrigatiro se Polissa da errefecção outreverção da reativação viral: Seleccione uma opção					
(córgatório se prevenção da restinação viral) HBsAg Anti-HBc total HBsAg Anti-HBc total Z Anti-HBc total Anti-HBc total Anti-HBc total Anti-HBc total Anti-HBc total					
Selecione uma opção					
27 - Risco de reinfecção pós-transplante hepático: 28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação: (Se taxeo risco - campo 25)					
(obrigatório se Profilaria da reinfecção pós-transp. hepitico) Muito baixo risco Selecione uma opção					
29 - Outros critérios para indicação de tratamento:*					
30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?* Consumo atual de álcool e/ou drogas; Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo Neoplasia recente Antecedente de transplante, exceto hepático Disfunção tireoidiana não controlada; Disfunção tireoidiana não controlada; Disfunção treoidiana não controlada; Disfunção treoidiana não controlada; Disfunção treoidiana não controlada; Doença auto-imune Disabetes melito com histórico de crise hiperglicémica aguda Departa auto-imune Departa auto-imune Nenhuma Nenhu					
31 - Contraindicação ao uso de:* 32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:* 33 - Uso prévio de:* Nenhum (Virgem de tratamento) □ Alfapeginterferona □ Tenofovir □ Nenhuma □ Alfapeginterferona □ Tenofovir □ Nenhuma □ Nenh					
☐ Entécavir ☐ TAF ☐ Sem contràindicação ☐ Entécavir ☐ TAF ☐ Entécavir ☐ TAF ☐ Lamivudina					
34 - Registro de dispensação*					
Para preenchimento exclusivo do médico Para preenchimento exclusivo da farmácia Quantidade dispensada					
Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutanea, uma vez por semana. 1º disp 2º disp 3º disp 4º disp 5º disp 6º disp					
Entecavir 0,5mg Tomar comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia. Cuantidade dispensada 1º disp 2º disp 3º disp 4º disp 5º disp 6º disp					
Tenofovir (TDF) 300mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia. Cuantidade dispensada 1º disp 2º disp 3º disp 4º disp 5º disp 6º disp					
Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia. Quantidade dispensada 1º disp 2º disp 3º disp 4º disp 5º disp 6º disp					
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000Ul Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao més. Quantidade dispensada 1º disp 2º disp 3º disp 4º disp 5º disp 6º disp					

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





INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO ALTERNATIVO AO TDF	OPÇÕES
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 coinfecção com HIV: TAF









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.

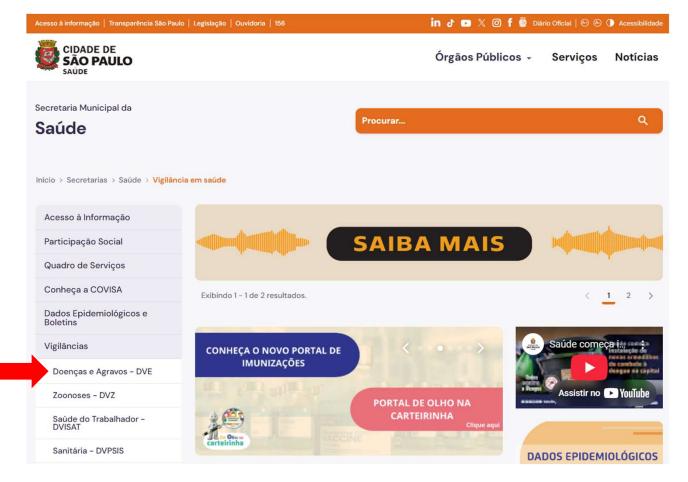








Site COVISA



https://capital.sp.gov.br/web/
saude/vigilancia em saude/









Site COVISA













Site COVISA











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.

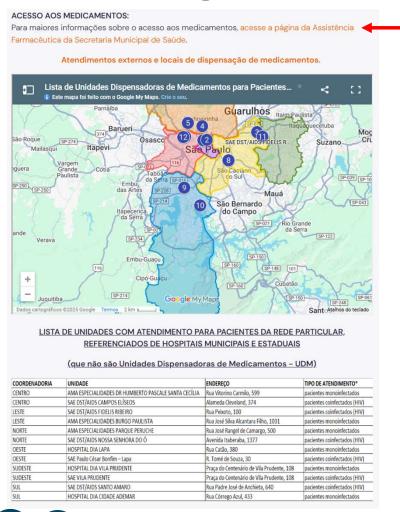
A autorização para dispensação de medicamento será realizada pelo Sistema de Controle Logístico de Hepatites Virais (SICLOM – HV) do Ministério da Saúde com a necessidade de preenchimento e entrega de formulários próprios para este sistema (Formulário de Cadastro e Formulário de Solicitação de Medicamento).











-Acesso à página da Assistência farmacêutica

Locais de dispensação externa







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 monoinfectados e coinfectados 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 n° 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









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









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!

1

Link para consulta de interações medicamentosas









Consulta de interações medicamentosas



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













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







