

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE B

Orientações gerais:

- Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone ☐ indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone ☐ indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

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.

JUNHO/2025

1-Serviço de atendimento* ☐ Serviço Especializado ☐ CTA ☐ Atenção Primária ☐ Internação Hospitalar 2-Origem do acompanhamento médico* ☐ Público ☐ Privado

Selecionar o serviço de atendimento: Serviço especializado (serviços de referência, SAE, CRT), CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento); Atenção Primária (unidades básicas, unidades de atenção primária públicas ou privadas, clínicas da família); Internação Hospitalar (usuário internado ou prescrição de alta). **Atenção: No município de São Paulo, as UBS não realizam tratamento para hepatites virais B e C**

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

Preencher com número do cartão SUS

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

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

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

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

Especificar por quanto tempo a prescrição é válida

Peso atualizado do paciente em kg

9 - Início de tratamento?*	10 - Este formulário é válido por:*	11 - Peso:*	12 - CID-10*
☐ Sim ☐ Não	☐ 30 dias ☐ 90 dias ☐ 150 dias ☐ 60 dias ☐ 120 dias ☐ 180 dias		☐ B16.2 ☐ B16.9 ☐ B18.1 ☐ B17.0 ☐ B18.0 ☐ B16.0 ☐ B16.1

CID-10:

B16.2 (Hepatite aguda B sem agente Delta, com coma hepático)

B16.9 (Hepatite aguda B sem agente Delta e sem coma hepático);

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

B17.0 (Superinfecção Delta aguda de portador de hepatite B);

B18.0 (hepatite viral crônica B com agente Delta);

B16.0 (Hepatite aguda B com agente Delta (coinfecção), com coma hepático);

B16.1 (Hepatite aguda B com agente Delta, (coinfecção), sem coma hepático)

Informar se o HBeAg é reagente ou não reagente. O preenchimento do campo não é obrigatório se o paciente apresentar: a) indicação para prevenção da reativação viral (Campo 21); ou b) hepatite aguda grave (Campo 29); ou c) Paciente em profilaxia da reinfecção no pós- transplante hepático (campo 26)

13 - Paciente coinfetado?*	14 - Exame de HBeAg:*	15 - Exame de ALT?*	16 - Exame de HBV-DNA:*	17 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*
☐ Sem Coinfecção ☐ HIV ☐ Hepatite C ☐ Hepatite Delta	☐ Reagente ☐ Não Reagente	☐ Maior que 1,5 vezes LSN ☐ Menor que 1,5 vezes LSN	Resultado: _____ UI/mL Data: ____/____/____	☐ Sem Cirrose ☐ Child A ☐ Child B ou C

Informar o resultado da carga viral da Hepatite B – HBV-DNA. O preenchimento do campo não é obrigatório se: a) paciente com indicação para prevenção da reativação viral (Campo 21); b) gestante com HBeAg reagente e idade gestacional >= 24 semanas; ou c) paciente com hepatite aguda grave ou hepatite fulminante (Campo 29); ou d) Paciente em profilaxia da reinfecção no pós-transplante hepático (campo 26)

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

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

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

18 - Exame de anti-HDV IgG: (obrigatório para CIDs: B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	19 - Exame de HDV-RNA: (obrigatório para CIDs: B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	20 - Resultado Beta-HCG?*	21 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo):
☐ Reagente ☐ Não Reagente	☐ Detectável ☐ Não detectável	☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Uso de métodos contraceptivos de alta eficácia ou definitivos	☐ Data do diagnóstico ____/____/____ ☐ Idade gestacional _____ semanas de gestação

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

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

22 - 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

Os campos 23 e 26 devem ser preenchidos somente se a indicação terapêutica for **prevenção da reativação viral**

Os campos 24 e 25 devem ser preenchidos somente se a indicação terapêutica for: a) prevenção da reativação viral por transplante de órgão sólido (Campos 22 e 23) ou b) profilaxia da reinfeção pós transplante hepático (Campo 22).

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

23 - Situação para profilaxia da reativação viral: (obrigatório se prevenção da reativação viral)

☐ Terapia imunossupressora ou quimioterapia ☐ Candidatos a transplante de órgãos sólidos

24 - Doador apresenta: (obrigatório se profilaxia da reinfeção ou prevenção da reativação viral por transplante)

HBsAg ☐ Reagente ☐ Não Reagente ☐ Desconhecido

Anti-HBc total ☐ Reagente ☐ Não Reagente ☐ Desconhecido

25 - Receptor apresenta: (obrigatório se Profilaxia da reinfeção ou prevenção da reativação viral por transplante)

HBsAg ☐ Reagente ☐ Não Reagente

Anti-HBc total ☐ Reagente ☐ Não Reagente

26 - Risco de reativação viral: (obrigatório se Prevenção da reativação viral)

☐ Alto ☐ Moderado ☐ Baixo

27 - Momento da profilaxia da reinfeção: (obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático)

☐ Pré-transplante hepático ☐ Pós-transplante hepático

28 - Risco de reinfeção pós-transplante hepático: (obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transp. hepático)

☐ Alto risco ☐ Baixo risco ☐ Muito baixo risco

29 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação: (Se baixo risco - campo 25)

☐ Sim ☐ Não

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

Se campo 26 foi preenchido como baixo risco, informar se há necessidade de estabelecer terapia preemptiva de acordo com o Capítulo 15 do PCDT de Hepatite B e Coinfecções.

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

30 - 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.

31 - 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

Campos 30 e 31: Informar se o(a) paciente apresenta algumas das situações clínicas/condições listadas, ou se não apresenta

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

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

32 - Contraindicação ao uso de:*

☐ Alfa interferona ☐ Tenofovir (TDF) ☐ Sem contraindicação

☐ Entecavir ☐ TAF

33 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*

☐ Alfa interferona ☐ Tenofovir ☐ Nenhuma

☐ Entecavir ☐ TAF

34 - Uso prévio de:*

☐ Nenhum (virgem de tratamento)

☐ Alfa interferona ☐ Tenofovir

☐ Entecavir ☐ TAF ☐ Lamivudina

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

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

35 - 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 _____

36 - Observação:

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

37 - Prescritor*

CRM: _____ RMS: _____ / UF: _____

Data: ____/____/____

(Carimbo e assinatura)

Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

Preencher com a data e o CRM do profissional.

Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o quantitativo de medicamentos recebidos naquela dispensação. Informar o número de dias a que cada dispensação se refere para que o sistema realize o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento

38 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)	
1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Dias	4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Dias
(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do farmacêutico)
(Assinatura do usuário)	(Assinatura do usuário)
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Dias	5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Dias
(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do farmacêutico)
(Assinatura do usuário)	(Assinatura do usuário)
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Dias	6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para _____ Dias
(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do farmacêutico)
(Assinatura do usuário)	(Assinatura do usuário)

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