

## ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE B

#### Orientações gerais:

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

Preencher com número do cartão SUS

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

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

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B			
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*			
Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).			
6 - Nome Social	Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuírem nome social que divirja do nome de registro.		

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

Especificando por quanto tempo a prescrição é válida

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

Peso atualizado do paciente em kg

7 - Início de tratamento?*	8 - Este formulário é válido por:*	9 - Origem do acompanhamento médico*	10 - Peso:*	11 - CID-10*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 180 dias	<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado		<input type="radio"/> OB16.2 <input type="radio"/> OB16.9 <input type="radio"/> OB18.1 <input type="radio"/> OB17.0 <input type="radio"/> OB18.0 <input type="radio"/> OB16.0 <input type="radio"/> OB16.1

#### CID-10:

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

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

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

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

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

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

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

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)

12 - Paciente coinfecção?*	13 - Exame de HBeAg:	14 - Exame de ALT?*	15 - Exame de HBV-DNA:*	16 - Gravidade de cirrose (Child Pugh)
<input type="radio"/> Sem Coinfecção <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatite C <input type="checkbox"/> Hepatite Delta	<input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	<input type="radio"/> Maior que 1,5 vezes LSN <input type="radio"/> Menor que 1,5 vezes LSN	Resultado: _____ U/ml Data: / /	<input type="radio"/> Sem Cirrose <input type="radio"/> Child A <input type="radio"/> 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  $\geq$  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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<p>29 - Outros critérios para indicação de tratamento:*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> História familiar de carcinoma hepatocelular (CHC);</li> <li><input type="checkbox"/> Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculites, nefropatia poliarterite nodosa, neuropatia periférica;</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatite aguda grave (INR &gt; 1,5; icterícia por mais de 4 semanas, encefalopatia ou ascite);</li> <li><input type="checkbox"/> Reativação de hepatite B crônica;</li> <li><input type="checkbox"/> Doença hepática avançada;</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatite fulminante</li> <li><input type="checkbox"/> Paciente pediátrico (&lt;18 anos) com ALT &gt;=1,3x LSN por mais de 6 meses</li> <li><input type="checkbox"/> Paciente pediátrico com sinais clínicos, ultrassonográficos e endoscópicos de cirrose.</li> </ul>	
<p>30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Consumo atual de álcool e/ou drogas;</li> <li><input type="checkbox"/> Cardiopatia ou pneumopatia grave;</li> <li><input type="checkbox"/> Disfunção tireoidiana não controlada;</li> <li><input type="checkbox"/> Distúrbios psiquiátricos não tratados;</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda</li> <li><input type="checkbox"/> Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo</li> <li><input type="checkbox"/> Antecedente de transplante, exceto hepático</li> <li><input type="checkbox"/> Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia</li> <li><input type="checkbox"/> Doença auto-imune</li> <li><input type="checkbox"/> Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir</li> <li><input type="checkbox"/> Doença renal crônica</li> <li><input type="checkbox"/> Neoplasia recente</li> <li><input type="checkbox"/> Exacerbação aguda de hepatite viral</li> <li><input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatite auto-imune</li> <li><input type="checkbox"/> Nenhuma</li> </ul>	

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

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

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

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

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

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

34 - Registro de dispensação*						
Para preenchimento exclusivo do médico		Para preenchimento exclusivo da farmácia				
<input type="checkbox"/> <b>Alfapeginterferona 2a 180mcg</b> Aplicar 180mcg/1,73m <sup>2</sup> , por via subcutânea, uma vez por semana.		Quantidade dispensada 1 <sup>a</sup> disp    2 <sup>a</sup> disp    3 <sup>a</sup> disp    4 <sup>a</sup> disp    5 <sup>a</sup> disp    6 <sup>a</sup> disp				
<input type="checkbox"/> <b>Entecavir 0,5mg</b> Tomar 1 comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.		Quantidade dispensada 1 <sup>a</sup> disp    2 <sup>a</sup> disp    3 <sup>a</sup> disp    4 <sup>a</sup> disp    5 <sup>a</sup> disp    6 <sup>a</sup> disp				
<input type="checkbox"/> <b>Tenofovir (TDF) 300mg</b> Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.		Quantidade dispensada 1 <sup>a</sup> disp    2 <sup>a</sup> disp    3 <sup>a</sup> disp    4 <sup>a</sup> disp    5 <sup>a</sup> disp    6 <sup>a</sup> disp				
<input type="checkbox"/> <b>Alafenamida (TAF) 25mg</b> Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.		Quantidade dispensada 1 <sup>a</sup> disp    2 <sup>a</sup> disp    3 <sup>a</sup> disp    4 <sup>a</sup> disp    5 <sup>a</sup> disp    6 <sup>a</sup> disp				
<input type="checkbox"/> <b>Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI</b> Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês.		Quantidade dispensada 1 <sup>a</sup> disp    2 <sup>a</sup> disp    3 <sup>a</sup> disp    4 <sup>a</sup> disp    5 <sup>a</sup> disp    6 <sup>a</sup> disp				

35 - Observação:

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

36 - Prescritor*	CRM: _____ RMS: _____ / UF: _____
(Carimbo e assinatura)	

Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

Preencher com a data e o CRM do profissional.

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

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