

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 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

Especificar 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	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	médico* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado		<input type="radio"/> B16.2 <input type="radio"/> B16.9 <input type="radio"/> B18.1 <input type="radio"/> B17.0 <input type="radio"/> B18.0 <input type="radio"/> B16.0 <input type="radio"/> B16.1

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 reinfeção no pós- transplante hepático (campo 26)

12 - Paciente coinfectado? <input type="radio"/> Sem Coinfecção <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatite C <input type="checkbox"/> Hepatite Delta	13 - Exame de HBeAg? <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	14 - Exame de ALT? <input type="radio"/> Maior que 1,5 vezes LSN <input type="radio"/> Menor que 1,5 vezes LSN	15 - Exame de HBV-DNA: Resultado: _____ UI/mL Data: ____/____/____	16 - Gravidade de cirrose (Child Pugh) <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 >= 24 semanas; ou c) paciente com hepatite aguda grave ou hepatite fulminante (Campo 29); ou d) Paciente em profilaxia da reinfeção 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) <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	18 - Exame de HDV-RNA: (obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0) <input type="radio"/> Detectável <input type="radio"/> Não detectável	19 - Resultado Beta-HCG? <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Uso de métodos contraceptivos de alta eficácia ou definitivos	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 reinfeção 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 reinfeção 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) <input type="radio"/> Terapia imunossupressora ou quimioterapia <input type="radio"/> Candidatos a transplante de órgãos sólidos	23 - Doador apresenta: (obrigatório se profilaxia da reinfeção ou prevenção da reativação viral por transplante) 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	24 - Receptor apresenta: (obrigatório se Profilaxia da reinfeção ou prevenção da reativação viral por transplante) 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	25 - Risco de reativação viral: (obrigatório se Prevenção da reativação viral) <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Baixo
26 - Momento da profilaxia da reinfeção: (obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático) <input type="radio"/> Pré-transplante hepático <input type="radio"/> Pós-transplante hepático	27 - Risco de reinfeção pós-transplante hepático: (obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transp. hepático) <input type="radio"/> Alto risco <input type="radio"/> Baixo risco <input type="radio"/> Muito baixo risco	28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação: (Se baixo risco – campo 25) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> 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 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 reinfeção pós-transplante hepático**

29 - Outros critérios para indicação de tratamento:*

☐ História familiar de carcinoma hepatocelular (CHC);

☐ Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculites, nefropatia poliarterite nodosa, neuropatia periférica;

☐ Hepatite aguda grave (INR > 1,5; icterícia por mais de 4 semanas, encefalopatia ou ascite);

☐ Reativação de hepatite B crônica;

☐ Doença hepática avançada;

☐ Hepatite fulminante;

☐ Paciente pediátrico (<18 anos) com ALT $\geq 1,3 \times$ 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 $\geq 1,8$ m/seg, ou 2D-SWE >10 kPa;

☐ Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV;

☐ Não apresenta.

30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*

☐ Consumo atual de álcool e/ou drogas;

☐ Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo;

☐ Doença cardíaca ou pulmonar grave;

☐ Antecedente de transplante, exceto hepático;

☐ Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia;

☐ Doença auto-imune;

☐ Distúrbios psiquiátricos não tratados;

☐ Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir;

☐ Doença renal crônica;

☐ Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda;

☐ Doença renal crônica;

☐ Neoplasia recente;

☐ Exacerbação aguda de hepatite viral;

☐ Insuficiência hepática grave;

☐ Hepatite auto-imune;

☐ Nenhuma.

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 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

31 - Contraindicação ao uso de:*

☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir (TDF) ☐ Sem contraindicação

☐ Entecavir ☐ TAF

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

☐ Alfapecinterferona ☐ Tenofovir ☐ Nenhuma

☐ Entecavir ☐ TAF

33 - Uso prévio de:*

☐ Nenhum (virgem de tratamento)

☐ Alfapecinterferona ☐ 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

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

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: _____ Data: ____/____/____
------------------	---

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)	
1ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias (Assinatura do usuário)	4ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias (Assinatura do usuário)
2ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias (Assinatura do usuário)	5ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias (Assinatura do usuário)
3ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias (Assinatura do usuário)	6ª dispensação Data: ____/____/____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias (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)