

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – HEPATITE C

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 C

JUNHO/2026

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

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 C**

Preencher com número do cartão SUS

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 divirja do nome de registro.			

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

9 - Indicação Terapêutica
☐ Primeira infecção ☐ Reinfecção ☐ Retratamento ☐ Transplante de órgão sólido de doador Anti-HCV reagente

O médico deverá assinalar um "x" no esquema prescrito de acordo com o PCDT de Hepatite C e Coinfecções e notas técnicas vigentes.

21 - Registro de dispensação*	
Para preenchimento exclusivo do médico	Para preenchimento exclusivo da farmácia
☐ USO PEDIÁTRICO - Sofosbuvir 200mg/ Velpatasvir 50 mg Tomar 1 (um) sachê, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
☐ Daclatasvir 60mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
☐ Glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40mg Tomar 3 (três) comprimidos, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
☐ Sofosbuvir 400mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
☐ Ribavirina 250mg Tomar ____ cápsula (s) por via oral, ____ vezes ao dia (____/____ horas)	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
☐ Velpatasvir 100mg/ sofosbuvir 400mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____
☐ Sofosbuvir 400mg/ Velpatasvir 100 mg/ Voxilaprevir 100 mg 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 _____

22 - Observação:

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

23 - Médico*

CRM: _____ UF: _____
Data: ____/____/____

(Carimbo e assinatura)

Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

Preencher com a data e o CRM do profissional.

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

Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação. Informar o número de semanas da dispensação atual para realizar o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento.

- 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)