

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)

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

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C			
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.			

Especificar se o tempo de tratamento é de 12 ou 24 semanas, com retirada de no máximo 12 semanas (84 dias).

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

Peso atualizado do paciente em kg.

7 - Tempo de tratamento:*	8 - Origem do acompanhamento médico*	9 - Peso:*	10 - CID-10*
<input type="radio"/> 8 semanas <input type="radio"/> 16 semanas <input type="radio"/> 48 semanas <input type="radio"/> 12 semanas <input type="radio"/> 24 semanas	<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado		<input type="radio"/> B17.1 <input type="radio"/> B18.2

CID-10:

B17.1 (Hepatite C aguda)

B18.2 (Hepatite C crônica)

11 - Paciente coinfectado?*

☐ Sem Coinfecção

☐ HIV

☐ Hepatite B sem agente Delta

☐ Hepatite B com agente Delta

12 - Exame de Carga Viral em UI/mL*

Validade de 12 meses

☐ < 500

☐ 500 – 6 milhões

☐ > 6 milhões

Data do exame ____/____/____

13 - Genotipagem*

Obrigatório se uso de Peg, IFN em crianças

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

☐ Indeterminado

☐ Não se aplica

14 - Estadiamento Hepático*

Resultado APRI* ☐ <1 ☐ ≥1 e <2 ☐ ≥2

15 - Escala METAVIR

(Elastografia, biópsia hepática ou outro)

OF0 OF1 OF2 OF3 OF4

Informar o valor do último exame de carga viral e a data de realização

Informar se o paciente possui o genótipo do HCV, para os casos onde não é obrigatória a apresentação da genotipagem assinalar o campo "não se aplica"

Informar a escala METAVIR para caracterização do estadiamento de fibrose e cirrose hepática. **Preenchimento não obrigatório**

Informar a resultado do APRI, calculado conforme o PCDT. **Preenchimento do campo não exigido para pacientes com cirrose Child B ou C.**

Informar qual a classificação da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh (calculado conforme o PCDT)

Informar sobre esquemas prévios utilizados pelo paciente **para a mesma infecção**, compostos por antivirais de ação direta descritos nas opções, **quando não houver reposta virológica sustentada (RVS). Nos casos de reinfeção, deve-se considerar o paciente virgem de tratamento**

16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*

☐ Sem Cirrose

☐ Child A

☐ Child B ou C

17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção*

☐ Nenhum (virgem de tratamento com DAA)

☐ Sofosbuvir/ledipasvir

☐ Sofosbuvir+sofosbuvir

☐ Sofosbuvir/velpatasvir

☐ Sofosbuvir+daclatasvir

☐ Sofosbuvir+ribavirina

☐ Sofosbuvir+alfapeginterferona+ribavirina

☐ Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir±ribavirina

☐ Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir

☐ Elbasvir/grazoprevir

18 - Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos: ☐ Positivo ☐ Negativo

Informar resultado do exame BHcG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil

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

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

20 - Observação:

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

21 - Médico* CRM: _____ UF: _____
Data: ____/____/____
(Carimbo e assinatura)

Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

Preencher com a data e o CRM do profissional.

22 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)

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