

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde

2 - CPF*

3 - SINAN

4 - Prontuário

5 - Nome Completo do Usuário - Civil*

6 - Nome Social

7 - Este formulário é válido por:*

- 30 dias 90 dias 150 dias
 60 dias 120 dias 180 dias

8 - Origem do acompanhamento médico*

- Público Privado

9 - Peso:

10 - CID-10*

- B18.0 B18.1
 B16.0

11 - Paciente coinfestado?*

- Sem Coinfecção
 HIV Hepatite C

12 - Exame de HBeAg:*

- Reagente
 Não Reagente

13 - Exame de ALT?*

- Maior que 2 vezes LSN
 Menor que 2 vezes LSN

14 - Exame de HBV-DNA:*

Resultado: _____ UI/mL
 Data: ___/___/___

15 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*

- Sem Cirrose Child A
 Child B ou C

16 - Exame de anti-HDV IgG obrigatório para CID B18.0:

- Reagente Não Reagente

17 - Resultado BHcG para mulheres entre 12 - 49 anos:

- Positivo Negativo

18 - Diagnóstico Materno (apenas para gestante):

- Anterior à gestação atual - data do diagnóstico ___/___/___
 Durante gestação atual - Idade gestacional do diagnóstico _____ semanas de gestação

19 - Indicação terapêutica:*

- Tratamento da Hepatite B Prevenção da Transmissão vertical Prevenção da reativação viral em caso de futura terapia imunossupressora ou quimioterapia

20 - O paciente apresenta alguma das situações abaixo:*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> História familiar de hepatocarcinoma/carcinoma hepatocelular; | <input type="checkbox"/> Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2F2 ou elastografia hepática maior que 7,0 kPa; |
| <input type="checkbox"/> Manifestações extra-hepáticas com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliarterite nodosa; | <input type="checkbox"/> Não apresentou soroconversão do anti-HBs após a 48ª semanas de tratamento com alfapeginterferona; |
| <input type="checkbox"/> Hepatite aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias); | <input type="checkbox"/> Elevação de ALT/AST após 48 semanas de tratamento com alfapeginterferona; |
| <input type="checkbox"/> Reativação de hepatite B crônica; | <input type="checkbox"/> Não apresenta. |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática; | |

21 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consumo atual de álcool e/ou drogas; | <input type="checkbox"/> Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetonia; |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave; | <input type="checkbox"/> Doença autoimune; |
| <input type="checkbox"/> Disfunção tireoidiana não controlada; | <input type="checkbox"/> Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios psiquiátricos não tratados; | <input type="checkbox"/> Doença renal crônica |
| <input type="checkbox"/> Uso prévio de lamivudina | <input type="checkbox"/> Neoplasia recente; |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo | <input type="checkbox"/> Exacerbação aguda de hepatite viral; |
| <input type="checkbox"/> Antecedente de transplante, exceto hepático; | <input type="checkbox"/> Nenhuma. |

22 - Contraindicação ao uso de:*

- Alfapeginterferona Tenofovir
 Entecavir Sem contraindicação

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

- Alfapeginterferona Tenofovir
 Entecavir Nenhuma

24 - Uso prévio de:*

- Nenhum (Virgem de tratamento) Tenofovir
 Alfapeginterferona Lamivudina
 Entecavir

25 - Registro de dispensação*

Para preenchimento exclusivo do médico

Para preenchimento exclusivo da farmácia

- Alfapeginterferona 2a 180mcg**
 Aplicar 180mcg/1,73m², 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 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 _____

26 - Observação:

27 - Prescritor*

CRM: _____ RMS: _____ / UF: _____

Data: ___/___/___

(Carimbo e assinatura)

28 - 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)

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)

JUN2020

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01- CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a). Caso o(a) usuário(a) SUS seja cadastrado no SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, o número do cartão do SUS virá preenchido.
- 02 - CPF:** Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena. Caso o(a) usuário(a), por motivo de furto ou outro, esteja sem documentação, deve-se informar provisoriamente como “*pessoa em situação de rua*” e justificar nas observações para correções posteriores.
- 03 - SINAN** - Informar o número informado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- 04 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.
- 05- Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil:** Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).
- 06 - Nome social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 07- Este formulário é válido por:** Especificar por quanto tempo a prescrição é válida.
- 08 - Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 09 - Peso:** Preencher com o peso do paciente, em quilogramas, atualizado.
- 10 – CID-10:** Preencher com B18.0 (hepatite viral crônica B com agente Delta), B18.1 (hepatite viral crônica B sem agente Delta) ou B16.0(Hepatite viral aguda B).
- 11 - Paciente Coinfectado:** Se o(a) paciente não possui coinfeção ou é coinfectado pelo HIV ou HCV.
- 12 - Exame de HBeAg:** Informar se o HBeAg é reagente ou não reagente.
- 13 - Exame de ALT:** Informar se o exame de Alanina Aminotransferase (ALT) é maior ou menor do que duas vezes o limite superior da normalidade (LSN) do método.
- 14 - Exame de HBV-DNA:** Informar o resultado da carga viral da Hepatite B – HBV-DNA.
- 15 - Gravidade da cirrose:** Informar qual a classificação da gravidade da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh.
- 16 - Exame de anti-HDV IgG:** Informar se o anti-HDV é reagente ou não reagente. Obrigatório para pacientes com a CID-10 B18.0.
- 17 - Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos:** : Informa resultado do exame BHcG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil.
- 18 - Diagnóstico materno:** O campo deve ser preenchido somente no caso de a paciente estar gestante, especificando se é um diagnóstico prévio à gestação ou se diagnosticada durante a gestação
- 19 - Indicação terapêutica:** Informar qual a indicação terapêutica para a utilização dos medicamentos contra o vírus da hepatite B.
- 20 - O paciente apresenta algumas das situações abaixo:** Informar se o(a) paciente apresenta algumas das situações clínicas listadas, ou se não apresenta.
- 21 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?:** Informar se o paciente apresenta alguma(s) das condições listadas, ou se não apresenta.
- 22 - Contraindicação ao uso de:** Informar se o(a) paciente apresenta alguma contraindicação ao uso dos medicamentos listados, ou se não apresenta nenhuma contraindicação.
- 23 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:** Informar se o(a) paciente apresentou resistência ou falha terapêutica pelo uso dos medicamentos listados, ou se não apresentou.
- 24 - Uso prévio de:** Informar se o(a) paciente já fez uso de algum medicamento listado, ou se é virgem de tratamento.
- 25 - Medicamentos:** Elenco dos medicamentos para hepatite B no SUS: O médico deverá assinalar um “x” no esquema prescrito de acordo com o PCDT de Hepatite B e Coinfecções.
- 26 – Observação:** Inserir quaisquer observações que se façam necessárias para o processo de cadastro e dispensação de medicamentos para Hepatite B.
- 27 – Médico/CRM:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição. Preencher com o CRM do profissional. Caso ele não esteja cadastrado, deve-se proceder a inserção no sistema.
- 28 - Recibo:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o quantitativo de medicamentos prescritos 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.