

## 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\*

6 - Nome Social

7 - Tempo de tratamento:\*

- 8 semanas     16 semanas     48 semanas  
 12 semanas     24 semanas

8 - Origem do acompanhamento médico\*

- Público     Privado

9 - Peso:

10 - CID-10\*

- B17.1     B18.2

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\*

Obrigatória a apresentação da cópia do exame

- 1     2     3  
 4     5     6  
 Indeterminado  
 Não se aplica

14 - Estadiamento Hepático\*

Resultado APRI\*  <1     ≥1 e <2     ≥2

Outro exame para estadiamento hepático\*:

- Elastografia     F1     F2     F3     F4  
 Biópsia hepática     F1     F2     F3     F4  
 Não realizado

15 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)\*

- Sem Cirrose  
 Child A  
 Child B ou C

16 - Paciente possui doença renal crônica grave (Depuração de creatinina inferior a 30mL/min)\*

- Sim - obrigatória a apresentação da cópia do exame de creatinina sérica ou clearance de creatinina;

Validade de 6 meses

- Não

17 - Uso prévio de esquemas com DAA\*

- Nenhum (virgem de tratamento com DAA)  
 Simeprevir+sofosbuvir     Glecaprevir/pibrentasvir  
 Sofosbuvir+daclatasvir     Elbasvir/grazoprevir  
 Sofosbuvir+ribavirina     Sofosbuvir+alfapeginterferona+ribavirina  
 Sofosbuvir/ledipasvir     Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir  
 Sofosbuvir/velpatasvir     Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir±ribavirina

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

### 19 - Registro de dispensação\*

Para preenchimento exclusivo do médico

Para preenchimento exclusivo da farmácia

- Ledipasvir 90mg / 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 \_\_\_\_\_

- Velpatasvir 100mg/ sofosbuvir 400mg**  
Tomar 1 (um) comprimidos, 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 \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_

20 - Observação:

21 - Médico\*

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Carimbo e assinatura)

22 - 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)

## 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)

SET/2019

## 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 automaticamente.
- 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 roubo ou outro, esteja sem documentação, informar provisoriamente como Pessoa em situação de rua e colocar 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 - Peso:** Preencher com o peso do paciente em quilogramas, atualizado.
- 08 - Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS;
- 09 - Tempo de tratamento:** Especificar se o tempo de tratamento é de 8, 12, 16, 24, ou 48 semanas, com retirada de no máximo de 12 semanas (84 dias). O Ministério da Saúde envia tratamentos completos em uma única entrega, cabendo a unidade gerenciar o estoque para garantir, sem interrupções, o tratamento completo aos pacientes que iniciarem a terapia. O médico deverá especificar o tempo de tratamento de acordo com a condição clínica de cada paciente e conforme critérios do PCDT.
- 10 - CID:** Preencher com a CID-10 B17.1 (hepatite C aguda) ou CID-10 B18.2 (hepatite C crônica);
- 11 - Paciente Coinfecção:** Se o paciente é coinfecção HIV, Hepatite B sem agente delta, Hepatite B com agente delta ou sem coinfecção .
- 12 - Exame de carga viral em UI/mL:** Informar o valor do último exame de carga viral e a data de realização.
- 13 - Genotipagem:** Informar o genótipo do HCV, para os casos onde não é obrigatória a apresentação da genotipagem assinalar o campo “não se aplica”.
- 14 - Estadiamento hepático:** Informar a resultado do APRI, calculado conforme o PCDT e, informar sobre resultados de outros métodos, quando realizado.
- 15 - Grau de cirrose:** Informar qual a classificação da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh (calculado conforme o PCDT).
- 16 - Paciente possui doença renal crônica grave:** Informar se o pacientes possui depuração de creatinina <30ml/min. Para os resultados abaixo deste valor, é obrigatória a apresentação do resultado do exame de creatinina (para cálculo do clearance) sérica ou clearance de creatinina.
- 17 - Uso prévio de esquemas com DAA:** Informar sobre esquemas prévios utilizados pelo paciente, compostos por antivirais de ação direta descritos nas opções.
- 18 – Resultado de BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos:** Se foi realizado o exame BHcG no caso de mulher.
- 19 - Medicamentos:** Lista dos medicamentos para hepatite C no SUS: O médico deverá assinalar um “x” no esquema prescrito de acordo com o PCDT de Hepatite C e Coinfecções e Nota Informativa nº13/2019.
- 20 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 21 - CRM:** Preencher com o CRM do profissional. Caso ele não esteja cadastrado, deve-se proceder a inserção no sistema.
- 22 - Recibo:** 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.