

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

JULHO/2025

1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	2 - CPF*	3 - SINAN	4 - Prontuário																			
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*																						
6 - Nome Social																						
7 - Início de tratamento?*	8 - Este formulário é válido por:*	9 - Origem do acompanhamento médico*	10 - Peso:*	11 - CID-10*																		
12 - Paciente coinfetado?*	13 - Exame de HBeAg:*	14 - Exame de ALT?*	15 - Exame de HBV-DNA:*	16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*																		
<input type="radio"/> Sem Coinfecção HIV Hepatite C Hepatite Delta	(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	Resultado: Data:	UI/mL																		
17 - Exame de anti-HDV IgG:	18 - Exame de HDV-RNA:	19 - Resultado Beta-HCG?*	20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo):																			
(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)		<input type="radio"/> Data do diagnóstico <input type="radio"/> Idade gestacional	semanas de gestação																		
21 - Indicação terapêutica:*																						
22 - Situação para profilaxia da reativação viral: (obrigatório se prevenção da reativação viral)	23 - Doador apresenta: (obrigatório se profilaxia da reinfecção ou prevenção da reativação viral por transplanté)	24 - Receptor apresenta: (obrigatório se Profilaxia da reinfecção ou prevenção da reativação viral por transplanté)	25 - Risco de reativação viral: (obrigatório se Prevenção da reativação viral)																			
	HBsAg	Anti-HBc total	HBsAg	Anti-HBc total																		
27 - Risco de reinfecção pós-transplante hepático: (obrigatório se Profilaxia da reinfecção pós-transp. hepático)	28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação*: (Se baixo risco – campo 25)																					
29 - Outros critérios para indicação de tratamento:*	<p>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 >=1,3x LSN por mais de 6 meses Paciente pediátrico com sinais clínicos, ultrassonográficos e endoscópicos de cirrose.</p> <p>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 ≥ 1,8 m/seg, ou 2D-SWE > 10 kPa Profissional de saúde com risco aumentado de transmissão do HBV Não apresenta.</p>																					
30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Consumo atual de álcool e/ou drogas;</td> <td>Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo</td> <td style="width: 33%;">Neoplasia recente</td> </tr> <tr> <td>Cardiopatia ou pneumopatia grave;</td> <td>Antecedente de transplante, exceto hepático</td> <td>Exacerbação aguda de hepatite viral</td> </tr> <tr> <td>Distuição tireoidiana não controlada;</td> <td>Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia</td> <td>Insuficiência hepática grave</td> </tr> <tr> <td>Distúrbios psiquiátricos não tratados;</td> <td>Doença auto-imune</td> <td>Hepatite auto-imune</td> </tr> <tr> <td>Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda</td> <td>Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir</td> <td>Nenhuma</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Doença renal crônica</td> <td></td> </tr> </table>				Consumo atual de álcool e/ou drogas;	Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo	Neoplasia recente	Cardiopatia ou pneumopatia grave;	Antecedente de transplante, exceto hepático	Exacerbação aguda de hepatite viral	Distuição tireoidiana não controlada;	Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia	Insuficiência hepática grave	Distúrbios psiquiátricos não tratados;	Doença auto-imune	Hepatite auto-imune	Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda	Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir	Nenhuma		Doença renal crônica	
Consumo atual de álcool e/ou drogas;	Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo	Neoplasia recente																				
Cardiopatia ou pneumopatia grave;	Antecedente de transplante, exceto hepático	Exacerbação aguda de hepatite viral																				
Distuição tireoidiana não controlada;	Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia	Insuficiência hepática grave																				
Distúrbios psiquiátricos não tratados;	Doença auto-imune	Hepatite auto-imune																				
Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda	Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir	Nenhuma																				
	Doença renal crônica																					
31 - Contraindicação ao uso de:*	Alfaopeginterferona	32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*	Alfaopeginterferona	33 - Uso prévio de:*	Nenhum (Virgem de tratamento)																	
	Tenofovir (TDF)	Entecavir	Tenofovir	Alfaopeginterferona	Tenofovir																	
	Entecavir	Sem contraindicação	Entecavir	Entecavir	Lamivudina																	
34 - Registro de dispensação*																						
Para preenchimento exclusivo do médico			Para preenchimento exclusivo da farmácia																			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Alfaopeginterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m², por via subcutânea, uma vez por semana.</td> <td style="width: 50%;">Quantidade dispensada 1^a disp _____ 2^a disp _____ 3^a disp _____ 4^a disp _____ 5^a disp _____ 6^a disp _____</td> </tr> <tr> <td>Entecavir 0,5mg Tomar 1 comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.</td> <td>Quantidade dispensada 1^a disp _____ 2^a disp _____ 3^a disp _____ 4^a disp _____ 5^a disp _____ 6^a disp _____</td> </tr> <tr> <td>Tenofovir (TDF) 300mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.</td> <td>Quantidade dispensada 1^a disp _____ 2^a disp _____ 3^a disp _____ 4^a disp _____ 5^a disp _____ 6^a disp _____</td> </tr> <tr> <td>Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.</td> <td>Quantidade dispensada 1^a disp _____ 2^a disp _____ 3^a disp _____ 4^a disp _____ 5^a disp _____ 6^a disp _____</td> </tr> <tr> <td>Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês.</td> <td>Quantidade dispensada 1^a disp _____ 2^a disp _____ 3^a disp _____ 4^a disp _____ 5^a disp _____ 6^a disp _____</td> </tr> </table>			Alfaopeginterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m ² , por via subcutânea, uma vez por semana.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____	Entecavir 0,5mg Tomar 1 comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____	Tenofovir (TDF) 300mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____	Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____	Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____										
Alfaopeginterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m ² , por via subcutânea, uma vez por semana.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____																					
Entecavir 0,5mg Tomar 1 comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____																					
Tenofovir (TDF) 300mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____																					
Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____																					
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês.	Quantidade dispensada 1 ^a disp _____ 2 ^a disp _____ 3 ^a disp _____ 4 ^a disp _____ 5 ^a disp _____ 6 ^a disp _____																					
35 - Observação:																						
36 - Prescritor*																						
CRM:		RMS:		/ UF:																		
Data: (Carimbo e assinatura)																						
37 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)																						
1^a dispensação Data: ____ / ____ / ____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias ____ (Assinatura do usuário)			4^a dispensação Data: ____ / ____ / ____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias ____ (Assinatura do usuário)																			
2^a dispensação Data: ____ / ____ / ____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias ____ (Assinatura do usuário)			5^a dispensação Data: ____ / ____ / ____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias ____ (Assinatura do usuário)																			
3^a dispensação Data: ____ / ____ / ____ (Assinatura do farmacêutico) Dispensação para ____ Dias ____ (Assinatura do usuário)			6^a 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)

JULHO/2025

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).
- 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 possuírem nome social que divirja do nome de registro.
- 07 – Início de tratamento?** Informar se o paciente está iniciando o tratamento com este formulário ou não (já realizava tratamento para hepatite B). No caso de pacientes já em tratamento, as regras de inclusão no PCDT serão flexibilizadas.
- 08 – Este formulário é válido por:** Especificar por quanto tempo a prescrição é válida.
- 09 – Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 10 – Peso:** Preencher com o peso atualizado do paciente em quilogramas
- 11 – CID-10:** Preencher com 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) ou B18.1 (hepatite viral crônica B sem agente Delta)
- 12 – Paciente Coinfectado:** Se o(a) paciente não possui coinfecção ou se é coinfectado pelo HDV, HIV ou HCV.
- 13 – Exame de HBeAg:** 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 reinfecção no pós-transplante hepático (campo 26)
- 14 – Exame de ALT:** Informar se o exame de Alanina Aminotransferase (ALT) é maior ou menor do que uma vez e meia o limite superior da normalidade (LSN) do método.
- 15 – Exame de HBV-DNA:** 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 reinfecção no pós-transplante hepático (campo 26)
- 16 – Gravidade da cirrose:** Informar qual a classificação da gravidade da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh.
- 17 – Exame de anti-HDV IgG:** Informar se o anti-HDV é reagente ou não reagente. Obrigatório para pacientes com a CID-10 B16.0, B16.1, B17.0 ou B18.0.
- 18 – Exame de HDV-RNA:** Informar se o resultado da carga viral da Hepatite Delta (HDV-RNA) é detectável ou não detectável. Obrigatório para pacientes com a CID-10 B16.0, B16.1, B17.0 ou B18.0.
- 19 – Resultado bHCG para mulheres entre 12 – 49 anos:** Informa resultado do exame bHCG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil.
- 20 – Diagnóstico materno:** O campo deve ser preenchido somente se paciente gestante (exame beta-HCG positivo), especificando data do diagnóstico e idade gestacional.
- 21 – Indicação terapêutica:** Informar qual a indicação terapêutica para a utilização dos medicamentos contra o vírus da hepatite B.
- 22 – Situação para profilaxia da reativação viral:** Informar a situação com risco de reativação viral a qual o paciente será submetido. O campo deve ser preenchido somente se a indicação terapêutica for prevenção da reativação viral.
- 23 – Doador apresenta:** Informar situação de HBsAg e Anti-HBc do doador do órgão sólido. O campo deve ser preenchido somente se a indicação terapêutica for: a) prevenção da reativação viral por transplante de órgão sólido (Campos 21 e 22) ou b) profilaxia da reinfecção pós transplante hepático (Campo 21).
- 24 – Receptor apresenta:** Informar situação de HBsAg e Anti-HBc do receptor do órgão sólido (paciente a ser tratado com antiviral). O campo deve ser preenchido somente se a indicação terapêutica for: a) prevenção da reativação viral por transplante de órgão sólido (Campos 21 e 22) ou b) profilaxia da reinfecção pós transplante hepático (Campo 21).
- 25 – Risco de reativação viral:** Informar a classificação de risco de reativação viral de acordo com os Quadros 14 e 15 do PCDT de Hepatite B e Cinfecções.
- 26 – Momento da profilaxia da reinfecção:** Informar o momento em que está sendo solicitado o tratamento medicamentoso quando houve indicação terapêutica de profilaxia da reinfecção pós-transplante hepático (Campo 21).
- 27 – Risco de reinfecção pós-transplante hepático:** Informar a classificação de risco de reinfecção de acordo com o Quadro 16 do PCDT de Hepatite B e Cinfecções.
- 28 – Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação viral:** Informar se há necessidade de estabelecer terapia preemptiva de acordo com o Capítulo 15 do PCDT de Hepatite B e Cinfecções.
- 29 – Outros critérios para indicação de tratamento:** Informar se o(a) paciente apresenta algumas das situações clínicas listadas, ou se não apresenta.
- 30 – O paciente apresenta alguma das seguintes condições?:** Informar se o paciente apresenta alguma(s) das condições listadas, ou se não apresenta.
- 31 – Contraindicação ao uso de:** Informar se o(a) paciente apresenta alguma contraindicação ao uso dos medicamentos listados, ou se não apresenta nenhuma contraindicação.
- 32 – 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.
- 33 - Uso prévio de:** Informar se o(a) paciente já fez uso de algum medicamento listado, ou se é virgem de tratamento.
- 34 - 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 Cinfecções.
- 35 – Observação:** Inserir quaisquer observações que se façam necessárias para o processo de cadastro e dispensação de medicamentos para Hepatite B.
- 36 – Prescritor:** 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.
- 37 - Recibo:** 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.