

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

JULHO/2025

Para solicitação de medicamentos, o preenchimento dos campos de 1 a 33 deve ser realizado obrigatoriamente pelo médico.

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 coinfectado?*		13 - Exame de HBeAg:*		14 - Exame de ALT?*		15 - Exame de HBV-DNA:*	
<input type="radio"/> Sem Coinfecção HIV Hepatite C Hepatite Delta						Resultado: UI/mL Data:	
16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*		17 - Exame de anti-HDV IgG:		18 - Exame de HDV-RNA:		19 - Resultado Beta-HCG?*	
(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)		(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)		(obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)			
						20 - Diagnóstico Materno (apenas se beta-HCG Positivo):	
						<input type="radio"/> Data do diagnóstico <input type="radio"/> Idade gestacional semanas de gestação	
21 - Indicação terapêutica:*							
22 - Situação para profilaxia da reativação viral:		23 - Doador apresenta:		24 - Receptor apresenta:		25 - Risco de reativação viral:	
(obrigatório se prevenção da reativação viral)		(obrigatório se profilaxia da reinfeção ou prevenção da reativação viral por transplante)		(obrigatório se Profilaxia da reinfeção ou prevenção da reativação viral por transplante)		(obrigatório se Prevenção da reativação viral)	
HBsAg		Anti-HBc total		HBsAg		Anti-HBc total	
						26 – Momento da profilaxia da reinfeção:	
						(obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transplante hepático)	
27 - Risco de reinfeção pós-transplante hepático:				28 - Necessidade de terapia preemptiva por risco de reativação:			
(obrigatório se Profilaxia da reinfeção pós-transp. hepático)				(Se baixo risco – campo 25)			
29 - Outros critérios para indicação de tratamento:*							
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.							
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.							
30 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*							
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			
Disfunção 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 - Contra-indicação ao uso de:*		32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*		33 – Uso prévio de:*		Nenhum (Virgem de tratamento)	
Alfapecinterferona Tenofovir (TDF)		Alfapecinterferona Tenofovir Nenhuma		Alfapecinterferona Tenofovir		Lamivudina	
Entecavir TAF Sem contra-indicação		Entecavir TAF		Entecavir TAF			

34 - Registro de dispensação*

Para preenchimento exclusivo do médico	Para preenchimento exclusivo da farmácia
Alfapecinterferona 2a 180mcg Aplicar 180mcg/1,73m ² , 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 (TDF) 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 _____
Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg 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 _____
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês.	Quantidade dispensada 1ª disp _____ 2ª disp _____ 3ª disp _____ 4ª disp _____ 5ª disp _____ 6ª disp _____

35 - Observação:

36 - Prescritor*

CRM:

RMS:

/ UF:

Data:

(Carimbo e assinatura)

37 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ Dias	4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ Dias
(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do farmacêutico)
(Assinatura do usuário)	(Assinatura do usuário)
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ Dias	5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ Dias
(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do farmacêutico)
(Assinatura do usuário)	(Assinatura do usuário)
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ Dias	6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ Dias
(Assinatura do farmacêutico)	(Assinatura do farmacêutico)
(Assinatura do usuário)	(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 transvesti 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 – 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 \geq 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 Coinfecções.
- 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 Coinfecções.
- 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 Coinfecções.
- 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 Coinfecções.
- 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.