

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C

OUTI/2023

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 - Origem do acompanhamento médico*	9 - Peso:*	10 - CID-10*
---------------------------	--------------------------------------	------------	--------------

11 - Paciente coinfectado?* <input type="radio"/> Sem Coinfecção <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatite B sem agente Delta <input type="checkbox"/> Hepatite B com agente Delta	12 - Exame de Carga Viral em UI/mL* Validade de 12 meses Data do exame _____	13 - Genotipagem* Obrigatório se uso de Peg_IFN em crianças	14 - Estadiamento Hepático* Resultado APRI* 15 - Escala METAVIR (Elastografia, biópsia hepática ou outro)
--	---	---	--

16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*	17 - Uso prévio de esquemas com DAA para a mesma infecção* <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Nenhum (virgem de tratamento com DAA)</td> <td style="width: 33%; border: none;">Sofosbuvir/ledipasvir</td> <td style="width: 33%; border: none;">Sofosbuvir+alfapeginterferona+ribavirina</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Simeprevir+sofosbuvir</td> <td style="border: none;">Sofosbuvir/velpatasvir</td> <td style="border: none;">Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir±ribavirina</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sofosbuvir+daclatasvir</td> <td style="border: none;">Glecaprevir/pibrentasvir</td> <td style="border: none;">Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sofosbuvir+ribavirina</td> <td style="border: none;">Elbasvir/grazoprevir</td> <td></td> </tr> </table>	Nenhum (virgem de tratamento com DAA)	Sofosbuvir/ledipasvir	Sofosbuvir+alfapeginterferona+ribavirina	Simeprevir+sofosbuvir	Sofosbuvir/velpatasvir	Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir±ribavirina	Sofosbuvir+daclatasvir	Glecaprevir/pibrentasvir	Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir	Sofosbuvir+ribavirina	Elbasvir/grazoprevir	
Nenhum (virgem de tratamento com DAA)	Sofosbuvir/ledipasvir	Sofosbuvir+alfapeginterferona+ribavirina											
Simeprevir+sofosbuvir	Sofosbuvir/velpatasvir	Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir±ribavirina											
Sofosbuvir+daclatasvir	Glecaprevir/pibrentasvir	Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir											
Sofosbuvir+ribavirina	Elbasvir/grazoprevir												

18 - Resultado BHCg para mulheres entre 12 – 49 anos:

19 - Registro de dispensação*

Para preenchimento exclusivo do médico	Para preenchimento exclusivo da farmácia
<input type="checkbox"/> 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 _____
<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 _____

20 - Observação:

21 - Médico* _____ <small>(Carimbo e assinatura)</small>	CRM: _____ Data: _____	UF: _____
--	---------------------------	-----------

22 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)

1ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Semanas _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	4ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Semanas _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
2ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Semanas _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Semanas _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
3ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Semanas _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	6ª dispensação Data: ___/___/___ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> Dispensação para _____ Semanas _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>

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)

OUT/2023

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 indicado 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 atualizado do paciente em quilograma.
- 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 12 semanas (84 dias). O Ministério da Saúde envia os quantitativos solicitados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo à unidade o gerenciamento do 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 Coinfectado:** Se o paciente é coinfectado HIV, Hepatite B sem agente delta, Hepatite B com agente delta ou sem coinfeção .
- 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 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".
- 14 - Estadiamento hepático:** Informar a resultado do APRI, calculado conforme o PCDT.
- 15 - Escala METAVIR:** Informar a escala METAVIR para caracterização do estadiamento de fibrose e cirrose hepática. Preenchimento não obrigatório.
- 16 - Grau de cirrose:** Informar qual a classificação da cirrose de acordo com o score de Child-Pugh (calculado conforme o PCDT).
- 17 - Uso prévio de esquemas com DAA:** 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.
- 18- Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos:** Informar resultado do exame BHcG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil.
- 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 Coinfeções e Nota Informativa nº13/2019.
- 10 - 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.