

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:*	16 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*
<input type="radio"/> Sem Coinfecção <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Hepatite C <input type="radio"/> Hepatite Delta			Resultado: _____ UI/mL	
			Data: _____	

17 - Exame de anti-HDV IgG: (obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	18 - Exame de HDV-RNA: (obrigatório para CIDs B16.0, B16.1, B17.0 e B18.0)	19 - Resultado Beta-HCG?*	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: (obrigatório se prevenção da reativação viral)	23 - Doador apresenta: (obrigatório se profilaxia da reinfecção ou prevenção da reativação viral por transplante) HBsAg _____ Anti-HBc total _____	24 - Receptor apresenta: (obrigatório se Profilaxia da reinfecção ou prevenção da reativação viral por transplante) HBsAg _____ Anti-HBc total _____	25 - Risco de reativação viral: (obrigatório se Prevenção da reativação viral)
			26 – Momento da profilaxia da reinfecção: (obrigatório se Profilaxia da reinfecção pós-transplante hepático)

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:*

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; Cardiopatia ou pneumopatia grave; Disfunção tireoidiana não controlada; Distúrbios psiquiátricos não tratados; Diabetes melito com histórico de crise hiperglicêmica aguda	Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo Antecedente de transplante, exceto hepático Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia Doença auto-imune Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir Doença renal crônica	Neoplasia recente Exacerbação aguda de hepatite viral Insuficiência hepática grave Hepatite auto-imune Nenhuma
---	---	--

31 - Contra-indicação ao uso de:*	32 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*	33 – Uso prévio de:*
Alfapecinterferona Tenofovir (TDF) Entecavir TAF Sem contra-indicação	Alfapecinterferona Tenofovir Nenhuma Entecavir TAF	Nenhuma (Virgem de tratamento) Alfapecinterferona Tenofovir Entecavir TAF Lamivudina

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
2ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias	5ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias
3ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias	6ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Dias

(Assinatura do farmacêutico) (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 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 Coinfecção:** Se o(a) paciente não possui coinfecção ou se é coinfecção 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 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.