

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)

OUT2020

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.
- 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?** Situação em que o Usuário SUS iniciará tratamento ARV no referido mês.
- 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 do paciente, em quilogramas, atualizado.
- 11 – CID-10:** Preencher com B18.0 (hepatite viral crônica B com agente Delta), B18.1 (hepatite viral crônica B sem agente Delta) ou B16.0(Hepatite viral aguda B).
- 12 - Paciente Coinfectado:** Se o(a) paciente não possui coinfeção ou é coinfectado pelo HIV ou HCV.
- 13 - Exame de HBeAg:** Informar se o HBeAg é reagente ou não reagente.
- 14 - Exame de ALT:** Informar se o exame de Alanina Aminotransferase (ALT) é maior ou menor do que duas vezes o limite superior da normalidade (LSN) do método.
- 15 - Exame de HBV-DNA:** Informar o resultado da carga viral da Hepatite B – HBV-DNA.
- 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 B18.0.
- 18 - Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos:** : Informa resultado do exame BHcG no caso de mulher ou homem trans em idade fértil.
- 19 - Diagnóstico materno:** O campo deve ser preenchido somente no caso de a paciente estar gestante, especificando se é um diagnóstico prévio à gestação ou se diagnosticada durante a gestação
- 20 - Indicação terapêutica:** Informar qual a indicação terapêutica para a utilização dos medicamentos contra o vírus da hepatite B.
- 21 - O paciente apresenta algumas das situações abaixo:** Informar se o(a) paciente apresenta algumas das situações clínicas listadas, ou se não apresenta.
- 22 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?:** Informar se o paciente apresenta alguma(s) das condições listadas, ou se não apresenta.
- 23 - Contraindicação ao uso de:** Informar se o(a) paciente apresenta alguma contraindicação ao uso dos medicamentos listados, ou se não apresenta nenhuma contraindicação.
- 24 - 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.
- 25 - Uso prévio de:** Informar se o(a) paciente já fez uso de algum medicamento listado, ou se é virgem de tratamento.
- 26 - 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.
- 27 – Observação:** Inserir quaisquer observações que se façam necessárias para o processo de cadastro e dispensação de medicamentos para Hepatite B.
- 28 – Médico/CRM:** 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.
- 29 - Recibo:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o quantitativo de medicamentos prescritos 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.