



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
HEPATITE B E COINFECÇÕES  
PORTARIA SCTIE/MS Nº 43 DE 07/12/2016**



Declaro, para os devidos fins, que o paciente \_\_\_\_\_  
satisfaz o seguinte **CRITÉRIO DE INCLUSÃO**:

**1. INDICAÇÃO DE TRATAMENTO (marcar 1 item apenas e anexar documentação solicitada):**

- Paciente com ALT > 2x limite superior da normalidade (LSN) e HBeAg reagente.
- Adulto maior de 30 anos de idade com HBeAg reagente.
- Paciente com ALT > 2x LSN e HBV-DNA > 2.000 UI/mL e HBeAg não reagente.
- História familiar de hepatocarcinoma – anexar relato médico.
- Manifestações extra-hepáticas: neuropatia com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliarterite nodosa – anexar exames ou laudos comprobatórios.
- Coinfecção HIV/HBV ou HCV/HBV – anexar exames comprobatórios.
- Hepatite aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias) – anexar exames comprobatórios.
- Reativação de Hepatite B Crônica – anexar exame HBV DNA prévio à reativação além do atual ou, se for o caso, comprovar a sororreversão do HBsAg.
- Biópsia hepática METAVIR  $\geq$  A2F2 ou elastografia hepática > 7,0 kPa – anexar exame comprobatório.
- Cirrose/insuficiência hepática – anexar exames comprobatórios (USG com sinais de hipertensão portal, EDA com varizes de esôfago ou coagulograma e albumina alterados) e identificar a classificação de Child em laudo.
- Hepatite Delta – anexar exames comprobatórios.

**2. INDICAÇÃO DE PROFILAXIA OU TERAPIA PREEMPTIVA (descrever em laudo a situação clínica do paciente e o tempo previsto para uso conforme estabelecido no PCDT):**

- HBsAg reagente e quimioterapia, uso de anti-CD20 e/ou anti-CD52, uso de imunossuppressores para transplante (células tronco, órgão sólido) ou esteroides em combinação com outros imunossuppressores.
- HBsAg reagente e uso de anti-TNF, manutenção isolada de esteroides em baixas doses ou outras terapias imunossupressoras sem esteroides.
- HBsAg não reagente, anti-HBc reagente e quimioterapias para malignidade hematológica, uso de anti-CD20 e/ou anti-CD52.
- HBsAg não reagente, anti-HBc reagente e quimioterapia para tumores sólidos, imunossuppressores para transplante (células tronco, órgão sólido) ou esteroides em combinação com outros imunossuppressores.
- Gestante HBeAg reagente, independentemente da carga viral HBV DNA.
- Gestante HBeAg não reagente com HBV-DNA > 200.000UI/mL.

**3. INDICAÇÃO DE TROCA DO ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL (descrever em laudo a situação clínica e laboratorial atual do paciente que justifique a troca):**

- Uso atual de lamivudina em monoterapia ou associação.
- Uso atual de adefovir em monoterapia ou associação.
- Uso atual de interferon alfa-2a.
- Falha terapêutica com interferon peguilado.
- Eventos adversos relacionados ao interferon alfa-2a ou peguilado.
- Eventos adversos relacionados ao Tenofovir.
- Eventos adversos relacionados ao Entecavir.
- Resistência viral.
- Gestação.

**4. TRATAMENTO:**

**( ) Alfapeginterferona**

**\* Contraindicação ao uso do ALFAPEGINTERFERONA:**

- ( ) Consumo atual de álcool e/ou drogas – descrever em laudo.
- ( ) Cardiopatia grave – anexar laudo ou exame comprobatório.
- ( ) Disfunção tireoidiana não controlada – anexar exame comprobatório.
- ( ) Distúrbios psiquiátricos não tratados – descrever em laudo.
- ( ) Neoplasia recente – descrever em laudo.
- ( ) Insuficiência hepática – anexar exames comprobatórios vide indicação de tratamento.
- ( ) Antecedente de transplante, exceto hepático – descrever em laudo.
- ( ) Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia.
- ( ) Doença autoimune – descrever em laudo.
- ( ) Gestação – anexar exame comprobatório.
- ( ) Intolerância ao medicamento – descrever em laudo.

**( ) Tenofovir 300mg**

**\* Contraindicação ao uso do TENOFOVIR:**

- ( ) Doença renal crônica.
- ( ) Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo – anexar exame comprobatório.
- ( ) Terapia antirretroviral com Didanosina (ddl) – descrever esquema ARV.
- ( ) Cirrose hepática – anexar exame comprobatório vide item indicação de tratamento.
- ( ) Intolerância ao medicamento.

**( ) Entecavir 0,5mg (1 cp/dia)**

**\* Contraindicação ao uso de ENTECAVIR:**

- ( ) Gestação – anexar exame comprobatório.
- ( ) Intolerância ao medicamento – descrever em laudo.
- ( ) Possível resistência cruzada com Lamivudina – descrever em laudo.

**( ) Entecavir 0,5mg (2 cp/dia) – uso EXCLUSIVO para pacientes portadores de cirrose Child B ou C.**

**( ) Lamivudina 10mg/ml ou 150mg – para indivíduos menores de 18 anos.**

**( ) Lamivudina 150mg – para adultos, exclusivamente na indisponibilidade de Entecavir, pelo período máximo de 4 meses, resguardadas as limitações apresentadas pelo Protocolo.**

---

**Assinatura e carimbo de médico**

---

**Local e data**