

**NOTA TÉCNICA Nº04/2022 - ATUALIZADA EM DEZEMBRO 2023**  
**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA/PROGRAMA MUNICIPAL DE HEPATITES VIRAIS**

**Orientações para as farmácias com dispensação de medicamentos para o tratamento de Hepatites Virais**

## **1. INTRODUÇÃO**

Em junho de 2020, com a publicação da Portaria MS. G nº 1.537, os medicamentos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais passaram do Componente Especializado (CEAF) para o Componente Estratégico (CESAF) da Assistência Farmacêutica. A mudança foi realizada tendo em vista o aprimoramento no acesso aos medicamentos. As normativas referentes ao processo de transferência e ao novo modelo de acesso aos medicamentos foram estabelecidas na Nota Técnica SVS.MS nº 319/2020.

Diante disso, esta Nota Técnica foi elaborada pela área técnica de Assistência Farmacêutica em conjunto com o Programa Municipal de Hepatites Virais da Secretaria Municipal da Saúde para orientação das farmácias municipais com dispensação de medicamentos para o tratamento de Hepatites Virais.

## **2. OBJETIVOS**

Padronizar as orientações e fluxos referentes ao acesso e à dispensação de medicamentos para tratamento de Hepatites Virais nas unidades da rede municipal de saúde de São Paulo.

## **3. APLICABILIDADE**

As orientações dispostas nesta nota são direcionadas para as farmácias municipais das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) habilitadas no município, que realizam a dispensação de medicamentos antivirais para tratamento de hepatites, contemplados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Hepatite B e Coinfecções, Hepatite C e Coinfecções, Prevenção da Transmissão Vertical das Hepatites Virais e Profilaxia da reinfecção pelo vírus da hepatite B pós transplante hepático.

## **4. DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

**4.1.** A farmácia deve dispor de computador com acesso à internet e aos sistemas de informação.

**4.2.** Devem ser utilizados o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - Hepatites Virais (SICLOM-HV) (acesso em: <https://siclomhepatites.aids.gov.br/>) e o Gestão de Sistemas em Saúde-GSS-acesso em: [http://gss2.prefeitura.sp.gov.br/login/sig\\_login.asp](http://gss2.prefeitura.sp.gov.br/login/sig_login.asp) para o gerenciamento logístico dos medicamentos.

**4.3.** Os medicamentos deverão ser inseridos e movimentados no GSS, utilizando-se os códigos SUPRI conforme anexo I.

## **5. DO CONTROLE DE ESTOQUE**

### **5.1. Do armazenamento dos medicamentos.**

**5.1.1.** Os medicamentos do Programa Municipal de Hepatites devem ser mantidos em armários chaveados sob a responsabilidade do farmacêutico e do gerente da unidade de saúde.

**5.1.2.** Medicamentos e insumos termolábeis somente serão dispensados em farmácias que disponham de cadeia de frio para o adequado armazenamento do medicamento.

### **5.2. Controle de estoque.**

**5.2.1.** A farmácia deve realizar o controle dos estoques dos medicamentos, por meio da emissão de relatórios dos sistemas SICLOM-HV e GSS, com intervalo máximo semanal.

**5.2.2.** Os estoques físicos devem estar em consonância com o estoque dos sistemas. Os relatórios de conferência devem ser registrados nos sistemas e arquivados de forma digital e/ou impressa, disponíveis para conferência pelo prazo de 5 anos.

**5.2.3.** Todo o controle de estoque e movimentação dos medicamentos devem ser realizadas no sistema GSS e no SICLOM, conforme orientações.

## **6. DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS**

### **6.1. Do cadastro dos pacientes.**

**6.1.1.** Os pacientes ambulatoriais atendidos nas unidades da rede municipal de saúde deverão realizar o cadastro na mesma unidade aonde realizam seu acompanhamento e tratamento das Hepatites Virais (listagem de UDM no).

**6.1.2.** Os pacientes ambulatoriais atendidos na rede particular de saúde e os atendidos em hospitais municipais e estaduais (que não são UDM) de referência em tratamento de Hepatites Virais deverão realizar o cadastro em apenas uma das unidades constantes no anexo II deste documento. A unidade que realizar o cadastro e a dispensação dos medicamentos deverá ser mantida como referência para o mesmo paciente para as próximas dispensações. Caso o paciente necessite de alteração da unidade, este deverá informar com antecedência para a farmácia em que estiver cadastrado para o adequado planejamento e transferência do paciente e medicamentos.

**6.1.3.** Cada paciente deve ter apenas um cadastro no SICLOM-HV e o mesmo deve ser efetuado de acordo com as informações constantes no "formulário de cadastro" (modelo disponível na página do SICLOM-HV). Atentar para os campos obrigatórios para o preenchimento no sistema.

**6.1.4.** O cadastro deve ser realizado na presença do paciente, ou seu responsável legal, ou representante designado por estes (mediante uma autorização simples - digitada ou redigida de próprio punho, com a assinatura do paciente ou seu responsável legal).

**6.1.5.** O paciente, ou seu responsável legal, ou representante designado por autorização simples, pode autorizar outros representantes a fazerem a retirada dos medicamentos mediante

o preenchimento de campo específico no “formulário de cadastro”, devidamente assinado, e registrado no SICLOM-HV.

**6.1.6.** Apenas formulários de cadastro que contenham autorizações de representantes para retirada de medicamentos necessitam ser arquivados pelas farmácias, de forma digital e/ou impressa, disponíveis para conferência pelo prazo de 5 anos, podendo ser substituídos à medida que forem atualizados. Fica opcional o arquivamento dos formulários de cadastro que não contenham autorizações, uma vez que o registro no sistema de informação supre a necessidade.

## **6.2. Da dispensação**

**6.2.1.** Na primeira dispensação, ou quando houver necessidade de renovar o “formulário de solicitação de medicamentos” (modelo disponível na página do SICLOM-HV) e o receituário médico, o paciente, ou seu responsável legal, ou pessoa autorizada, deve apresentar junto à farmácia um documento de identificação próprio e também cópia do documento do usuário do medicamento, juntamente com o “formulário de solicitação de medicamentos” e receituário médico, devidamente preenchidos.

**6.2.1.1.** Nos casos em que a retirada do(s) medicamento(s) seja realizada por pessoa autorizada, será necessário adicionalmente o preenchimento do “Termo de Responsabilidade – Medicamentos para tratamento de Hepatites Virais - retirada por terceiros”. (anexo III)

**6.2.2.** Para as demais dispensações, o paciente, ou seu responsável legal, ou pessoa devidamente autorizada, devem apresentar a prescrição médica, um documento de identificação próprio e cópia do documento do usuário do medicamento, além de preenchimento do “Termo de Responsabilidade - Medicamentos para tratamento de Hepatites Virais - retirada por terceiros” no momento da retirada do medicamento.

**6.2.3.** A farmácia poderá arquivar de forma digital e/ou impressa, pelo prazo de 5 anos, uma cópia simples do “formulário de solicitação de medicamentos”. O documento original pode ser devolvido ao paciente após a inserção de todas as variáveis no SICLOM-HV.

**6.2.4.** O “formulário de solicitação de medicamentos” especificará a necessidade da apresentação de exame para fins de conferência pela equipe de farmácia, quando necessário. Nessas situações, o resultado do exame deve ser o mesmo daquele informado no campo do “formulário de solicitação de medicamentos”. A farmácia não precisa manter o exame arquivado.

**6.2.5.** O “formulário de solicitação de medicamentos” tem validade máxima de 90 (noventa) dias, a partir de sua data de emissão, para que os medicamentos sejam requeridos junto às farmácias.

**6.2.6.** Fica vedada a dispensação de medicamentos sem o preenchimento do campo SINAN no “formulário de solicitação de medicamentos”. Seguir as orientações constantes no anexo IV deste documento.

**6.2.7.** As prescrições devem conter os medicamentos de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) e atender às exigências da Portaria SMS. G nº 440, de 19 de julho de 2023, assim como às demais legislações vigentes.

**6.2.8.** Fica vedada a dispensação de medicamentos sem prévia avaliação crítica da solicitação. Nos casos em que o sistema de informação utilizado não realize a crítica de maneira automática, ou esteja indisponível, haverá a necessidade de avaliação dos critérios de elegibilidade por um profissional de saúde com nível superior. As prescrições e a situação clínica do paciente devem estar em consonância com os critérios de elegibilidade estabelecidos nos PCDT e demais documentos técnicos norteadores, publicados pelo Ministério da Saúde. Em caso de dúvidas, entrar em contato com o Programa Municipal de Hepatites Virais por meio do e-mail [phepatitesvirais@prefeitura.sp.gov.br](mailto:phepatitesvirais@prefeitura.sp.gov.br) ou pelo telefone 2027-2037.

**6.2.9.** O primeiro atendimento para a solicitação de medicamentos deverá ser realizado pelo farmacêutico ou, na sua ausência, por outro profissional de nível superior designado que tenha conhecimento sobre o sistema e os protocolos vigentes.

**6.2.9.1.** Orienta-se priorizar a consulta farmacêutica para os pacientes atendidos na própria unidade. Recomenda-se conciliar a agenda do farmacêutico com a data de atendimento do profissional médico na unidade.

**6.2.9.2.** Para os pacientes da rede particular de saúde recomenda-se que, na primeira dispensação e nas renovações do formulário, o atendimento seja realizado pelo farmacêutico no momento da chegada do paciente na unidade. Na impossibilidade deste atendimento imediato, deverá ser realizado agendamento de consulta farmacêutica (com no máximo uma semana a partir da data do comparecimento do paciente na unidade) para avaliação da prescrição e formulários do SICLOM e dispensação dos medicamentos. Atentar para os casos de continuidade do tratamento de Hepatite B, pois não poderá haver interrupção do tratamento).

**6.2.10.** O registro das produções de consulta deve ser realizado no prontuário do paciente e no sistema SIGA Saúde.

**6.2.11.** Na dispensação, deve ser realizada a orientação ao paciente, ou seu responsável legal, ou pessoa devidamente autorizada, quanto à responsabilidade de guarda dos medicamentos. Se possível, entregar as orientações de uso dos medicamentos impressa, que podem ser consultadas no link:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Orientacoes\\_uso\\_medicamentos\\_05\\_22\\_final.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Orientacoes_uso_medicamentos_05_22_final.pdf)

**6.2.12.** Nos casos de furto ou roubo dos medicamentos, o paciente, ou seu responsável legal, ou pessoa devidamente autorizada, deve apresentar na farmácia um Boletim de Ocorrência. Este boletim deve ser enviado pela farmácia para o e-mail do Programa Municipal de Hepatites para avaliação e orientação.

**6.2.13.** Para os casos de tratamento de Hepatite C, a dispensação de medicamentos deve ser realizada em quantidade suficiente para o período total de tratamento (até 90 dias – conforme avaliação da equipe da unidade), conforme prescrição médica e formulário de solicitação de medicamentos.

**6.2.14.** Para os casos de tratamento de Hepatite B, a dispensação de medicamentos deve ser

realizada em quantidade suficiente para o período de 90 (noventa) dias de tratamento, conforme avaliação da equipe da unidade.

**6.2.15.** Para os casos dos medicamentos termolábeis a dispensação dos medicamentos deverá ser realizada mensalmente.

**6.2.15.1.** O paciente e/ou responsável deverá ser orientado a realizar a aplicação na própria unidade prioritariamente. Caso deseje retirar o medicamento termolábil, deverá ser orientado a apresentar recipiente adequado para o transporte do mesmo (recipiente térmico com gelo e/ou gelo artificial), sendo esta condição obrigatória para a dispensação.

**6.2.16.** O tempo de dispensação com um mesmo “formulário de solicitação de medicamentos” deve ser estabelecido pelo médico, em campo específico, com o limite máximo de dispensação de 180 dias (seis meses), passíveis de renovação mediante a apresentação de um novo formulário e receituário médico e em conformidade com o tempo de tratamento estabelecido nos PCDT.

**6.2.17.** O retorno do paciente para a retirada de medicamentos poderá ser de até 10 dias antes da data da próxima dispensação.

**6.2.18.** Os registros de dispensações devem ser feitos nos sistemas de informação, e o recibo de entrega gerado no SICLOM-HV deve ser devidamente assinado, de próprio punho pelo paciente, ou seu responsável legal, ou pessoa autorizada a retirar o medicamento, sendo posteriormente arquivado pela farmácia, pelo prazo de 5 anos.

**6.2.19.** Nos casos em que o paciente se encontra internado e sem possibilidade de comparecer pessoalmente para retirada do medicamento, o hospital deve orientar um familiar ou um representante do usuário a retirar o medicamento em uma unidade de dispensação do município para atendimento a pacientes da rede particular e hospitais municipais ou estaduais (que não são UDM), conforme anexo II, desde que apresentados todos os documentos exigidos.

**6.2.20.** No caso de pessoas designadas a retirar os medicamentos por mais de um paciente, a periodicidade de retirada será definida mediante acordo prévio com a unidade de saúde, incluindo-se a limitação do número de prescrições entregues por atendimento. Cabe à farmácia avaliar os estoques e programar (se necessário mediante agendamento) o atendimento das prescrições para que não haja prejuízos à continuidade do tratamento e aos demais pacientes.

## **7. DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE**

**7.1.** A equipe multiprofissional da unidade deve avaliar a capacidade do paciente quanto à compreensão em relação aos esquemas terapêuticos, posologias e demais informações, de maneira a garantir a correta adesão e segurança do tratamento.

**7.2.** Devido à necessidade de incentivo à adesão ao tratamento para evitar o desenvolvimento de resistência viral, os retornos para avaliação do paciente deverão ser agendados com os intervalos, conforme orientação do PMHV.

## **8. DO RESSUPRIMENTO DOS MEDICAMENTOS**

**8.1.** O ressuprimento dos medicamentos deverá seguir o fluxo estabelecido no documento

“Fluxo de ressurgimento de medicamentos para tratamento de hepatites virais no município de São Paulo” divulgado na página web da Assistência Farmacêutica.

## **9. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**9.1.** Nota Técnica nº 319/2020-CGAHV/DCCI/SVS/MS - <http://www.aids.gov.br/en/node/67339>

**9.2.** Link de acesso à página web do Programa Municipal de Hepatites Virais [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agrivos/hepatites/index.php?p=6256](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/hepatites/index.php?p=6256)

Ficam revogadas as Notas Técnicas SMS.G nº08/2021 e nº01/2022.

**ANEXO I – CÓDIGOS SUPRI DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITES VIRAIS**

<b>CÓDIGOS SUPRI</b>	<b>MEDICAMENTO</b>
1106401006200661	ENTECAVIR 0,5 MG COMPRIMIDO
1106401006200670	TENOFOVIR 300 MG COMPRIMIDO
1106401006200785	TAF - TENOFOVIR ALAFENAMIDA 25 MG COMPRIMIDO
1106401006200688	ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG SERINGA PREENCHIDA
1106401206200363	IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B 1000UI/5ML SOL. INJETÁVEL
1106401006200696	GLECAPREVIR 100MG + PIBRENTASVIR 40MG COMPRIMIDO REVESTIDO
1106401006200726	SOFOSBUVIR 400 MG + VELPATASVIR 100MG COMPRIMIDO REVESTIDO
1106401006200734	RIBAVIRINA 250 MG CÁPSULA
1106401006200700	SOFOSBUVIR 400 MG COMPRIMIDO REVESTIDO
1106401006200777	DACLATASVIR 60 MG COMPRIMIDO

**ANEXO II - UNIDADES DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS (UDM) SOB GESTÃO MUNICIPAL - pacientes ambulatoriais da rede municipal e particular de Saúde, e Hospitais Municipais e Estaduais (que não são UDM)**

COORDENADORIA	SUPERVISÃO	UNIDADE	ATENDIMENTO
CENTRO	SANTA CECÍLIA	AMA ESPECIALIDADES SANTA CECÍLIA	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - MONOINFECTADOS*
CENTRO	SANTA CECÍLIA	SAE IST/AIDS CAMPOS ELÍSEOS	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - COINFECTADOS*
LESTE	ERMELINO MATARAZZO	SAE IST/AIDS FIDELIS RIBEIRO	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - COINFECTADOS*
LESTE	ERMELINO MATARAZZO	AMA ESPECIALIDADES BURGO PAULISTA	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - MONOINFECTADOS*
LESTE	ITAQUERA	AMA ESPECIALIDADES ITAQUERA	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
LESTE	ITAQUERA	SAE IST/AIDS CIDADE LIDER II	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
LESTE	SÃO MATEUS	HOSPITAL DIA SÃO MATEUS	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
LESTE	SÃO MATEUS	SAE IST/AIDS SÃO MATEUS	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
LESTE	SAO MIGUEL	HOSPITAL DIA SÃO MIGUEL PAULISTA	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
NORTE	C VERDE/ CACHOERINHA	AMA ESPECIALIDADES PARQUE PERUCHE	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - MONOINFECTADOS*
NORTE	FREGUESIA DO O	SAE IST/AIDS NOSSA SENHORA DO Ó	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - COINFECTADOS*
NORTE	PIRITUBA/ JARAGUA	AMA ESPECIALIDADES VILA ZATT	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
NORTE	SANTANA/ JAÇANA	SAE IST/AIDS MARCOS LUTTEMBERG - SANTANA	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
OESTE	BUTANTA	SAE IST/AIDS BUTANTÃ	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
OESTE	BUTANTA	HOSPITAL DIA BUTANTÃ	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
OESTE	LAPA/ PINHEIROS	HOSPITAL MUNICIPAL SOROCABANA	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - MONOINFECTADOS*
OESTE	LAPA/ PINHEIROS	SAE IST/AIDS PAULO CESAR BONFIM (LAPA)	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - COINFECTADOS*
SUDESTE	IPIRANGA	SAE IST/AIDS IPIRANGA	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
SUDESTE	PENHA	HOSPITAL DIA PENHA	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
SUDESTE	PENHA	SAE IST/AIDS PENHA	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
SUDESTE	V MARIANA/ JABAQ.	AMBULATORIO DE ESPECIALIDADES CECI	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
SUDESTE	V MARIANA/ JABAQ.	SAE IST/AIDS CECI	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
SUDESTE	V PRUDENTE	HOSPITAL DIA VILA PRUDENTE	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - MONOINFECTADOS*
SUDESTE	VILA PRUDENTE	SAE IST/AIDS VILA PRUDENTE	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - COINFECTADOS*
SUDESTE	VILA PRUDENTE	SAE IST/AIDS HERBERT DE SOUZA - BETINHO	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*



COORDENADORIA	SUPERVISÃO	UNIDADE	ATENDIMENTO
SUL	CAMPO LIMPO	HOSPITAL DIA CAMPO LIMPO	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
SUL	CAMPO LIMPO	SAE IST/AIDS JARDIM MITSUTANI CAMPO LIMPO	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
SUL	CAPELA DO SOCORRO	HOSPITAL DIA CAPELA DO SOCORRO	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
SUL	M BOI MIRIM	HOSPITAL DIA M BOI MIRIM II	rede municipal de saúde - MONOINFECTADOS*
SUL	M BOI MIRIM	SAE IST/AIDS M BOI MIRIM	rede municipal de saúde - COINFECTADOS*
SUL	SANTO AMARO/ CIDADE ADEMAR	SAE IST/AIDS SANTO AMARO	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - COINFECTADOS*
SUL	SANTO AMARO/ CIDADE ADEMAR	HOSPITAL DIA CIDADE ADEMAR	rede municipal, particular de saúde, HM e HE (não UDM) - MONOINFECTADOS*

Observação: \*MONOINFECTADOS são pacientes que possuem somente Hepatites; pacientes COINFECTADOS são pacientes que possuem Hepatites e HIV/AIDS.

### ANEXO III - TERMO DE RESPONSABILIDADE - MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE HEPATITES VIRAIS - RETIRADA POR TERCEIROS

INSTRUÇÃO: Solicitamos o preenchimento do termo de responsabilidade por todas as pessoas autorizadas a retirar medicamentos de Hepatites Virais (familiar, responsável ou pessoa designada) que deverá ficar arquivado junto ao Formulário de Cadastro de Usuários SUS - Hepatites Virais na farmácia da unidade e deverá ser preenchido a cada retirada de medicamentos. **IMPORTANTE:** Este documento e as informações nele contidas são de inteira responsabilidade do declarante.

Eu, \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

tendo sido instituído como pessoa física designada a retirar os medicamentos para tratamento de Hepatites Virais do paciente \_\_\_\_\_, conforme autorização em Formulário de Cadastro de Usuários SUS - Hepatites Virais, devidamente assinado pelo (a) mesmo (a) e pelo profissional de saúde responsável pelo preenchimento, comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia da rede pública municipal para utilização do paciente em questão, garantindo as condições adequadas de acondicionamento e transporte do mesmo, além de repassar todas as informações que foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s). Estou ciente que não há custo para dispensação dos medicamentos, e que é imprescindível a presença do paciente ou cuidador para realização do atendimento farmacêutico.

• Grau de parentesco entre o representante e o paciente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ( ) Não há.

• Motivo da necessidade de representante:

( ) Impossibilidade física ( ) Incompatibilidade de horário

( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei. Afirmo, sob pena de incorrer no crime de falsidade ideológica descrito no artigo 299 do Código Penal, que a presente declaração é verdadeira e que o medicamento a ser retirado será destinado para uso exclusivo do paciente acima descrito.

Estou ciente que o paciente poderá ser contatado para confirmar sobre o recebimento dos medicamentos.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_.

## ANEXO IV - ORIENTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DO CAMPO "SINAN" E OUTRAS COMPLEMENTARES PARA O ATENDIMENTO DE CASOS ESPECÍFICOS

Para a dispensação de medicamentos para Hepatite B e C é obrigatório o número da notificação do SINAN Hepatite nos seguintes formulários:

- Formulário de Cadastro de Usuário SUS - Hepatites Virais;
- Formulário de Solicitação de Medicamentos - Hepatite B;
- Formulário de Solicitação de Medicamentos - Hepatite C.

Seguem abaixo algumas orientações complementares para a dispensação dos medicamentos de Hepatites Virais para casos específicos:

### A) De acordo com o local de acompanhamento do paciente

1. **Pacientes ambulatoriais em atendimento no próprio serviço:** devem estar notificados no SINAN desde o início do atendimento na UBS.

2. **Pacientes ambulatoriais acompanhados na rede particular de saúde e em hospitais municipais e estaduais (que não são UDM) de referência em tratamento de Hepatites Virais que residem no município de São Paulo:** devem ser encaminhados para as unidades de referência com os formulários de Cadastro e o de Solicitação de Medicamentos específico para cada situação, com o número da notificação do SINAN Hepatite preenchido pelo prescritor, de acordo com as orientações disponíveis em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist\\_farmaceutica/index.php?p=319906](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist_farmaceutica/index.php?p=319906)

**Nota 1:** A notificação de Hepatite pelos serviços particulares deve ser feita para a UVIS de referência do endereço onde se localiza o serviço, através da internet utilizando o seguinte endereço:

[www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravs/hepatites/index.php?p=6256](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravs/hepatites/index.php?p=6256)

3. **Pacientes ambulatoriais acompanhados na rede particular que não residem no município de São Paulo:** devem ser direcionados para o município de residência do paciente para retirada dos medicamentos.

### B) De acordo com o tipo de Hepatite

#### 1. Hepatite C

- Para pacientes que irão iniciar o tratamento: dispensar o medicamento somente após a apresentação do número da notificação do SINAN Hepatites nos formulários de "cadastro" e de "solicitação de medicamento – Hepatite C".

## 2. Hepatite B

2.1 Para pacientes da própria unidade, de outra unidade pública ou particular, que irão iniciar o tratamento: dispensar o medicamento somente após a apresentação do número da notificação do SINAN Hepatites nos formulários de “cadastro” e de “solicitação de medicamento – Hepatite B”.

2.2 Para pacientes já em tratamento transferidos de outros serviços e que apresentem o número da notificação do SINAN nos formulários e documentação adequada para dispensação: dispensar medicamentos para 90 dias de tratamento conforme orientações da Nota Técnica SMS vigente.

2.3 Para pacientes já em tratamento transferidos de outros serviços e que não apresentem o número da notificação do SINAN nos formulários:

- Dispensar o quantitativo de comprimidos para 30 dias de tratamento.
- Preencher o “formulário de comunicado ao prescritor” no campo observação com a informação ausência de número de SINAN e orientar o paciente a procurar o seu médico para realizar a notificação. Para realizar a nova retirada de medicamentos deverá apresentar o número da notificação.
- Orientar que para a próxima dispensação é imprescindível a apresentação do número da notificação do SINAN Hepatites.
- Se possível, entregar ao paciente as orientações impressas para o prescritor notificar, disponíveis em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/index.php?p=205866](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=205866)
- Caso o paciente, em continuidade de tratamento para Hepatite B, retorne à unidade após 30 dias sem o número do SINAN, a farmácia deverá encaminhar o paciente para acolhimento pelo responsável da Vigilância na unidade. Para orientações, solicitamos que o profissional responsável pela Vigilância da unidade entre em contato com o Programa Municipal de Hepatites Virais através do telefone 2027-2037 e e-mails: [crsilva@prefeitura.sp.gov.br](mailto:crsilva@prefeitura.sp.gov.br); [rlobo@prefeitura.sp.gov.br](mailto:rlobo@prefeitura.sp.gov.br)

**Obs.:** Em caso de dúvidas ou situações que estejam fora das previstas acima, entrar em contato com o Programa Municipal de Hepatites Virais e Assistência Farmacêutica para orientações.

Versão atualizada em DEZEMBRO/2023



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE