

atendimento ambulatorial e para intensificar a prevenção da proliferação do coronavírus.

Art. 2º Alterar e acrescentar dispositivos aos artigos 1º e 6º da Resolução n. 12/2020/SES/MS, publicada no DOE n. 10.123, de 20/03/2020, que passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 1º A Casa da Saúde – CAFE fica autorizada a promover a prorrogação automática das Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) por mais 03 (três) meses consecutivos.

.....

Art. 6º Fica autorizada a dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), para o paciente com Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento (LME) vigente, com receita prescrita por médico especialista ou clínico geral diferente do solicitante, desde que não haja alteração na posologia e dosagem. ”

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos a contar de 1º de julho de 2021.

GERALDO RESENDE PEREIRA
Secretário de Estado de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 99/CIB/SES

CAMPO GRANDE, 07 DE JUNHO DE 2021

Aprovar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e, considerando as decisões da Comissão Intergestores Bipartite, em reunião ordinária realizada no dia 21 de maio de 2021;

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite Viral B e Coinfecções no âmbito do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde;

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite C e Coinfecções (HCV) no âmbito do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.537 de 12/06/2020, que altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28/09/2017, para dispor sobre o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017, para incluir os medicamentos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

Considerando a Nota Técnica nº 319/2020- CGAHV/DCCI/SVS/MS de 01/10/2020, que trata de normativas referentes ao processo de transferência entre componentes da assistência farmacêutica e ao novo modelo de acesso aos medicamentos de hepatites virais;

Considerando que a migração dos medicamentos para tratamento das hepatites virais, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) apresenta vantagens relacionadas à melhoria do acesso aos medicamentos, com a redução de etapas e tempo entre a prescrição médica e o recebimento dos medicamentos pelos pacientes;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Fluxo de Acesso aos Medicamentos para Tratamento das Hepatites Virais, com a lista de farmácias de referência e formulários de cadastro e solicitação de medicamentos no âmbito do SUS, no Estado de Mato Grosso do Sul, conforme Anexos I e subanexos A e B desta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Art. 3º Ficam revogadas as disposições em contrário.

GERALDO RESENDE PEREIRA
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

ROGÉRIO SANTOS LEITE
Presidente do COSEMS

ANEXO I – FLUXO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DAS HEPATITES VIRAIS EM MATO GROSSO DO SUL

1. Disposições gerais

1.1 Os medicamentos para hepatites virais, antes alocados no Componente Especializado de Assistência Farmacêutica migrarão para o Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica com vistas à melhoria e ampliação do acesso, bem como à capilaridade da rede.

1.2 Os controles exigidos para o acesso aos medicamentos de hepatites virais serão os formulários de cadastro e de solicitação de medicamentos padronizados e disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Mato Grosso do Sul, bem como receituário médico, todos de acordo com os critérios de elegibilidade definidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) vigentes.

1.3 A capacitação, atualização e treinamento das equipes acerca dos PCDT de hepatites virais bem como fluxos operacionais é responsabilidade tripartite e poderá ter iniciativas de todas as esferas de gestão.

1.4 Caberá ao gestor federal a atualização dos PCDT de Hepatites Virais e Coinfecções, a aquisição centralizada dos medicamentos, programação dos medicamentos junto ao gestor estadual e distribuição dos medicamentos para a Secretaria de Estado de Saúde.

1.5 Caberá ao gestor estadual receber a programação dos medicamentos de hepatites virais dos serviços de referência, enviar a programação compilada para o Ministério da Saúde, receber os medicamentos advindos do Ministério da Saúde e distribuir aos serviços de referência conforme solicitação e disponibilidade.

1.6 Caberá ao gestor municipal dispor de farmácia com profissional farmacêutico e com os elementos necessários para a dispensação dos medicamentos de hepatites virais, fazer a programação mensal para o gestor estadual (no caso dos SAE, SAM, UDM e serviços de referência da capital) ou solicitação mensal para os SAE ou serviços de referência da capital (no caso dos municípios das microrregiões de saúde), receber os medicamentos da Secretaria de Estado de Saúde/SAE/serviços de referência da capital e dispensar aos pacientes.

1.7 A lista de farmácias que serão referência no atendimento aos pacientes com hepatites virais no Estado de Mato Grosso do Sul consta no Anexo A.

2. Sistema de Informação:

2.1 Para o gerenciamento dos medicamentos de hepatites virais, o Estado de Mato Grosso do Sul utilizará o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), baseado nas considerações abaixo:

2.1.1 Experiência exitosa no gerenciamento de medicamentos antirretrovirais para tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS com a utilização do SICLOM;

2.1.2 O SICLOM é automaticamente parametrizado pelo Ministério da Saúde segundo os critérios dos PCDT extinguindo a obrigatoriedade de avaliação manual dos critérios por um profissional de saúde de nível superior designado pelo gestor;

2.1.3 O SICLOM Hepatites Virais fará o adequado gerenciamento logístico destes medicamentos, de forma a permitir que a gestão estadual disponha de informações atualizadas sobre o número de usuários tratados e em tratamento para as hepatites virais, os esquemas de tratamento utilizados, o consumo de cada antiviral e os estoques disponíveis em cada ponto da cadeia logística de distribuição, tornando-se um potente elemento na organização da migração da hepatites virais entre os componentes da assistência farmacêutica;

2.1.4 Com a utilização do SICLOM não haverá necessidade de enviar as informações à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR), considerando que as informações desse sistema já são armazenadas no Ministério da Saúde.

2.2 Até que seja estabelecido um histórico de consumo que permita o SICLOM realizar a análise preditiva para a sugestão de quantitativo de distribuição, a programação de medicamentos será pelo Painel de Ressuprimento e Gerenciamento dos Medicamentos para Hepatites Virais sem a necessidade do envio de planilhas nominais.

2.3 As farmácias que serão referência no atendimento aos pacientes com hepatites virais no Estado de Mato Grosso do Sul deverão obrigatoriamente utilizar o sistema SICLOM para gerenciamento dos dados de estoque e de pacientes de toda a microrregião.

2.3.1 São exceções Bataguassu e Bela Vista, que atendem apenas os pacientes de seu próprio município, entretanto, também deverão utilizar obrigatoriamente o sistema SICLOM.

3. Estrutura, organização e funcionamento das farmácias

- 3.1 - As farmácias que realizarão a dispensação dos medicamentos para tratamento das hepatites virais devem integrar o SUS.
- 3.2 As farmácias devem ter infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas e dispor de computador com acesso à internet para atendimento e acesso ao sistema de informação que fará o registro das dispensações.
- 3.3 As farmácias, para dispensar medicamentos e insumos termolábeis deverão dispor de cadeia de frio para o adequado armazenamento destes.
- 3.4 Preferencialmente, devem contar com área destinada ao atendimento individual para dispensação orientada.
- 3.5 A farmácia onde ocorrerá a dispensação dos medicamentos deve contar com farmacêutico responsável técnico, bem como equipe de apoio, devidamente treinada e capacitada, de acordo com a necessidade de cada farmácia.

4. Cadastro do paciente para acesso aos medicamentos de hepatites virais

- 4.1 O cadastro dos pacientes deverá ser único e feito por meio do Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais padronizado e disponibilizado pela SES Mato Grosso do Sul, conforme Anexo B.
- 4.2 O cadastro poderá ser realizado pelo paciente, por seu responsável legal, ou por representante designado por estes mediante uma autorização simples (digitada ou redigida de próprio punho, com assinatura do paciente ou seu responsável legal).
- 4.3 Poderão ser autorizados representantes para fazer a retirada dos medicamentos mediante o preenchimento de campo específico no Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais.

5. Solicitação dos medicamentos de hepatites virais

- 5.1 As farmácias dos SAE, SAM, UDM e as de referência na capital terão estoque para atender a demanda mensal, e, uma vez ao mês, sempre no início (até o dia 10 de cada mês), irão realizar o pedido à Gerência de Medicamentos Estratégicos/CAFBE/CGAF/DGAS/SES/MS, através do SICLOM.
- 5.2 As farmácias municipais das microrregiões, por possuírem um SAE de referência ou serviço de referência na capital, irão solicitar a estes os medicamentos para atender seus pacientes através de lista enviada via e-mail ou outro meio eletrônico disponível.
- 5.3 Para acesso aos medicamentos de hepatites virais, além do formulário de cadastro, serão disponibilizados os formulários padronizados pela SES: Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B, Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C e Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-transplante Hepático, conforme Anexo B.
- 5.4 Os medicamentos deverão ser solicitados por prescrições conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB), oriundas tanto de serviços públicos quanto de serviços privados de saúde.
- 5.5 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.
- 5.6 A necessidade de apresentação de exame será especificada no próprio formulário de solicitação de medicamentos, não necessitando o exame permanecer arquivado.
- 5.7 O formulário de solicitação de medicamentos terá validade de 90 dias, após sua emissão.

6. Distribuição dos medicamentos de hepatites virais

- 6.1 A distribuição de medicamentos seguirá a mesma lógica dos medicamentos para HIV/Aids, ocorrendo do nível central até as farmácias de referência, que por sua vez, farão a distribuição aos municípios da microrregião de saúde, além da dispensação a seus munícipes.
- 6.2 Na distribuição dos medicamentos do SAE/serviços de referência da capital para os municípios da microrregião de saúde, junto com os medicamentos, deve ser encaminhado o recebo de dispensação por paciente, emitido pelo SICLOM.

7. Dispensação dos medicamentos de hepatites virais

- 7.1 Na oportunidade da primeira dispensação, ou sempre que houver a necessidade de renovação do formulário de solicitação de medicamentos e do receituário médico, o paciente ou seu representante deverá apresentar:

- 7.1.1. Documento de identificação;
- 7.1.2. Cópia do documento do usuário do medicamento;
- 7.1.3. Formulário de solicitação de medicamento;
- 7.1.4. Receituário médico.

7.2 Para as demais dispensações, o paciente ou seu responsável legal, ou pessoa devidamente autorizada, apresentará junto à farmácia um documento de identificação próprio e também cópia do documento do usuário do medicamento.

7.3 A farmácia poderá arquivar, fisicamente ou de maneira digitalizada, uma cópia simples do Formulário de Solicitação de Medicamentos. O documento original poderá ser devolvido ao paciente após a inserção de todas as variáveis no sistema de informação utilizado.

7.4 A dispensação de medicamentos deve ser pautada nos critérios de elegibilidade definidos pelos PCDT.

7.5 O tempo de dispensação com um mesmo Formulário de Solicitação de Medicamentos terá limite máximo de 180 dias (6 meses), passíveis de renovação em conformidade com o tempo de tratamento estabelecido nos PCDT.

7.6 É permitida a entrega antecipada de quantitativo necessário para até 90 dias de tratamento, por dispensação. Casos excepcionais, que exijam dispensações por tempo superior a 90 dias devem ser avaliados pelo responsável pela farmácia, com limite o quantitativo máximo para o tempo estabelecido no formulário de solicitação, observando também o prazo de validade dos medicamentos.

7.7 A quantidade dispensada será definida pela farmácia, considerando o estoque disponível ao atendimento de todos os pacientes.

7.8 A equipe técnica 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 ao tratamento e a segurança dos pacientes.

7.9 Os registros das dispensações deverão ocorrer da seguinte forma:

7.9.1 As farmácias dos SAE deverão registrar a dispensação de medicamentos no SICLOM, com a geração do recibo de dispensação e quando se tratar de pacientes das farmácias municipais das microrregiões de saúde vinculados ao SAE ou serviços de referência da capital, estas deverão encaminhar os recibos aos municípios juntamente com os medicamentos, para posterior retorno ao SAE, devidamente assinados (se o medicamento foi dispensado), ou com justificativa (se o medicamento não foi dispensado). Em seguida, no caso dos medicamentos não dispensados na farmácia municipal, o SAE deverá efetuar a entrada por devolução no SICLOM.

7.9.2 As farmácias municipais das microrregiões receberão os medicamentos com os recibos de dispensação do SICLOM pelo SAE de referência ou serviços de referência da capital, devendo captar a assinatura do paciente no recibo de dispensação, a cada retirada. O recibo de dispensação será encaminhado ao SAE, devidamente assinado. Para os pacientes em descontinuidade de tratamento, a farmácia municipal deverá encaminhar ao SAE o recibo sem assinatura, com a justificativa do estabelecimento no próprio documento juntamente com os medicamentos não dispensados. A movimentação de estoque da farmácia municipal (entrada e saída) deverá ser realizada no sistema de controle de estoque utilizado pela Assistência Farmacêutica Municipal.

8. Período de transição

8.1 A SES Mato Grosso do Sul providenciará junto ao Ministério da Saúde o treinamento no sistema SICLOM e o apoio técnico necessário na migração entre os Componentes de Assistência Farmacêutica.

8.2 Durante o período de transição da migração do Componente Especializado para o Componente Estratégico, a programação de medicamentos será realizada por meio do Painel de Ressuprimento.

8.3 Os pacientes serão migrados gradativamente:

8.3.1 Os pacientes com hepatite C deverão começar e terminar seu tratamento no mesmo modelo de oferta, e os

novos pacientes serão direcionados ao novo fluxo.

8.3.2. Os pacientes com hepatite B deverão migrar de Componente na oportunidade de renovação da continuidade do tratamento.

8.4 Após a transição do modelo de acesso aos medicamentos de hepatites virais, o cadastro e solicitação serão realizados por meio dos formulários padronizados, constantes no Anexo B, desta forma, a apresentação de cópias de exames será necessária somente quando especificado no formulário de solicitação.

9. Disposições finais

9.1 Sempre que houver necessidade, este Fluxo de Acesso aos Medicamentos para Tratamento de Hepatites Virais, bem como os formulários de cadastro e solicitação de medicamentos, serão atualizados.

9.2 O prazo final para a migração completa do modelo de acesso aos medicamentos de hepatites virais é dezembro de 2021.

Anexo A – Lista de farmácias dos serviços de referência em tratamento de hepatites virais

Farmácia do Serviço de Referência	Endereço	Telefone
SAE de Anastácio	Avenida Manoel Murtinho 1692, Centro Cep:79.210-000 Anastácio/MS	(67)3245-0634
SAM de Bataguassu	Rua 13 de Outubro 450, Jardim Santa Maria Cep:79.780-000 Bataguassu/MS	(67)3541-1378
SAE de Corumbá	Rua Tiradentes 901, Centro Cep:79.032-051 Corumbá/MS	(67)3907-5379
SAE de Coxim	Rua Barão do Rio Branco SN, Vila Santana Cep:79.400-000 Coxim/MS	(67)3291-2729
SAE de Dourados	Rua dos Missionários 420, Jardim Caramuru Cep:79.806-080 Dourados/MS	(67)3423-9150
SAE de Jardim	Rua Antônio Pinto Pereira 519, Vila Angélica 1 Cep:79.240-000 Jardim/MS	(67)9606-1367
SAE de Naviraí	Rua Niterói 338, Centro Cep:79.950-000 Naviraí/MS	(67)3461-4593
SAE de Nova Andradina	Rua Artur Costa e Silva 871, Capilé Cep: 79.750-000 Nova Andradina/MS	(67)98427-3931
SAE de Paranaíba	Travessa Ceres Garcia Gomes ,80 Cep:79.500-000 Paranaíba/MS	(67)3669-0084
SAE de Ponta Porã	Avenida Brasil 4346, Centro Cep:79.900-000 Ponta Porã/MS	(67)3431-7925
SAE de Três Lagoas	Rua 13 de Junho 233, Nossa Senhora Aparecida Cep:79.600-010 Três Lagoas/MS	(67)3929-9893
UDM de Bela Vista	Rua Voluntários da Pátria 370, Centro Cep:79.260-000 Bela Vista/MS	(67)3423-1031
Hospital Dia de Campo Grande/CEDIP	Avenida Coronel Antonino esq. Com Sr. do Bonfim S/N, Conjunto Nova Bahia Cep:78.034-180 Campo Grande/MS	(67)2020-1891
Hospital Universitário da UFMS - Hospital Dia Profª Esterina Corsini	Avenida Senador Filinto Muller 355, Vila Ipiranga Cep:79.080-190 Campo Grande/MS	(67)3345-3218

Anexo B – Formulários de Cadastro e Solicitação de Medicamentos

Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais			
CPF*	CNS – Cartão Nacional de Saúde	SINAN	Prontuário
Nome Completo do Usuário - Civil*			
Nome Social			
Nome Completo da Mãe (na ausência da mãe, colocar nome do pai ou responsável)*			
Identificação Preferencial do Usuário*	Data de Nascimento*	Sexo ao nascimento*	Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*
<input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social		<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	
Pais de Nascimento*	Nacionalidade*		Raça/cor*
			<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena
Situação do estrangeiro	Escolaridade*	Pessoa privada de liberdade no momento*	Pessoa submetida à hemodiálise no momento?*
<input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente	<input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
		Pessoa em situação de rua momento*	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
Endereço:			
Bairro			CEP
Cidade de Residência(Cidade/UF)*		E-mail	
Tipo de telefone:	Telefone para contato (DDD+Número)	Observações:	
<input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular			
Tipo de telefone:	Telefone para contato (DDD+Número)	Observações:	
<input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular			
Pessoas autorizadas a retirar o medicamento			
Nome Completo da pessoa autorizada 1		CPF ou RG*	
Nome Completo da pessoa autorizada 2		CPF ou RG*	
Nome Completo da pessoa autorizada 3		CPF ou RG*	
Responsável pelo Preenchimento*		Usuário SUS*	
Data: __/__/____		Data: __/__/____	
_____		_____	
(carimbo e assinatura)		(assinatura)	

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B

1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde		2 - CPF*		3 - SINAN		4 - Prontuário	
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*							
6 - Nome Social							
7 - Este formulário é válido por:*		8 - Origem do acompanhamento médico*		9 - Peso:		10 - CID-10*	
<input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 180 dias		<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado		<input type="text"/> kg		<input type="radio"/> B18.0 <input type="radio"/> B18.1 <input type="radio"/> B16.0	
11 - Paciente coinfectado?*		12 - Exame de HBeAg*		13 - Exame de ALT?*		14 - Exame de HBV-DNA:*	
<input type="radio"/> Sem Coinfecção <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatite C		<input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente		<input type="radio"/> Maior que 2 vezes LSN <input type="radio"/> Menor que 2 vezes LSN		Resultado: _____ UI/mL Data: ____/____/____	
15 - Gravidade de cirrose (Child-Pugh)*		16 - Exame de anti-HDV IgG obrigatório para CID B18.0:		17 - Resultado BHCg para mulheres entre 12 - 49 anos:		18 - Diagnóstico Materno (apenas para gestante):	
<input type="radio"/> Sem Cirrose <input type="radio"/> Child A <input type="radio"/> Child B ou C		<input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente		<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo		<input type="radio"/> Anterior à gestação atual - data do diagnóstico ____/____/____ <input type="radio"/> Durante gestação atual - Idade gestacional do diagnóstico ____ semanas de gestação	
19 - Indicação terapêutica:*							
<input type="radio"/> Tratamento da Hepatite B <input type="radio"/> Prevenção da Transmissão vertical <input type="radio"/> Prevenção da reativação viral em caso de futura terapia imunossupressora ou quimioterapia							
20 - O paciente apresenta alguma das situações abaixo:*							
<input type="checkbox"/> História familiar de hepatocarcinoma/carcinoma hepatocelular; <input type="checkbox"/> Manifestações extra-hepáticas com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliartrite nodosa; <input type="checkbox"/> Hepatite aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias); <input type="checkbox"/> Reativação de hepatite B crônica; <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática;							
<input type="checkbox"/> Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2F2 ou elastografia hepática maior que 7,0 kPa; <input type="checkbox"/> Não apresentou soroc conversão do anti-HBs após a 48ª semanas de tratamento com alfa peginterferona; <input type="checkbox"/> Elevação de ALTI/AST após 48 semanas de tratamento com alfa peginterferona; <input type="checkbox"/> Não apresenta.							
21 - O paciente apresenta alguma das seguintes condições?*							
<input type="checkbox"/> Consumo atual de álcool e/ou drogas; <input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave; <input type="checkbox"/> Disfunção tireoidiana não controlada; <input type="checkbox"/> Distúrbios psiquiátricos não tratados; <input type="checkbox"/> Uso prévio de lamivudina <input type="checkbox"/> Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo <input type="checkbox"/> Antecedente de transplante, exceto hepático;							
<input type="checkbox"/> Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetonia; <input type="checkbox"/> Doença autoimune; <input type="checkbox"/> Alteração da função renal por uso prévio de tenofovir <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Neoplasia recente; <input type="checkbox"/> Exacerbação aguda de hepatite viral; <input type="checkbox"/> Nenhuma.							
22 - Contraindicação ao uso de:*		23 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*		24 - Uso prévio de:*			
<input type="checkbox"/> Alfa peginterferona <input type="checkbox"/> Tenofovir <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> Sem contraindicação		<input type="checkbox"/> Alfa peginterferona <input type="checkbox"/> Tenofovir <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> Nenhuma		<input type="checkbox"/> Nenhum (virgem de tratamento) <input type="checkbox"/> Alfa peginterferona <input type="checkbox"/> Tenofovir <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> Lamivudina			
25 - Registro de dispensação*							
Para preenchimento exclusivo do médico				Para preenchimento exclusivo da farmácia			
<input type="checkbox"/> Alfa peginterferona 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 _____			
<input type="checkbox"/> 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 _____			
<input type="checkbox"/> Tenofovir 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 _____			
26 - Observação:							
27 - Prescritor*							
_____ <small>(Carimbo e assinatura)</small>				CRM: _____ RMS: _____ / UF: _____ Data: ____/____/____			
28 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)							
1ª dispensação				4ª dispensação			
Data: ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>				Data: ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>			
Dispensação para _____ Dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>				Dispensação para _____ Dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>			
2ª dispensação				5ª dispensação			
Data: ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>				Data: ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>			
Dispensação para _____ Dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>				Dispensação para _____ Dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>			
3ª dispensação				6ª dispensação			
Data: ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>				Data: ____/____/____ _____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>			
Dispensação para _____ Dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>				Dispensação para _____ Dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>			

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C			
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 semanas <input type="radio"/> 16 semanas <input type="radio"/> 48 semanas <input type="radio"/> <input type="radio"/> 12 semanas <input type="radio"/> 24 semanas	8 - Origem do acompanhamento médico* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	9 - Peso:	10 - CID-10* <input type="radio"/> B17.1 <input type="radio"/> B18.2
11 - Paciente coinfetado** <input type="checkbox"/> 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 <input type="radio"/> < 500 <input type="radio"/> 500 – 6 milhões <input type="radio"/> > 6 milhões Data do exame __/__/__	13 - Genotipagem Obrigatória a apresentação da cópia do exame <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> Não se aplica	14 - Estadiamento Hepático* Resultado APRI* <input type="radio"/> <1 <input type="radio"/> ≥1 e <2 <input type="radio"/> ≥2 Outro exame para estadiamento hepático*: <input type="radio"/> Elastografia <input type="radio"/> F1 <input type="radio"/> F2 <input type="radio"/> F3 <input type="radio"/> F4 <input type="radio"/> Biópsia hepática <input type="radio"/> F1 <input type="radio"/> F2 <input type="radio"/> F3 <input type="radio"/> F4 <input type="radio"/> Não realizado
15 - Grau de cirrose (Child-Pugh)* <input type="radio"/> Sem Cirrose <input type="radio"/> Child A <input type="radio"/> Child B ou C	16 - Paciente possui doença renal crônica grave (Depuração de creatinina inferior a 30mL/min*) <input type="radio"/> Sim - obrigatória apresentação da cópia do exame de creatinina sérica ou clearance de creatinina, Validade de 6 meses <input type="radio"/> Não	17 - Uso prévio de esquemas com DAA* <input type="checkbox"/> Nenhum (virgem de tratamento com DAA) <input type="checkbox"/> Simeprevir+sofosbuvir <input type="checkbox"/> Glecaprevir/pibrentasvir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir+daclatasvir <input type="checkbox"/> Elbasvir/grazoprevir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir+ribavirina <input type="checkbox"/> Sofosbuvir+alfapeginterferona+ribavirina <input type="checkbox"/> Sofosbuvir/ledipasvir <input type="checkbox"/> Veruprevir/Ritonavir/Ombitasvir+Dasabuvir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir/velpatasvir <input type="checkbox"/> Glecaprevir/pibrentasvir+sofosbuvir+ribavirina	
18 - Resultado BHcG para mulheres entre 12 – 49 anos: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
19 - Registro de dispensação*			
Para preenchimento exclusivo do médico		Para preenchimento exclusivo da farmácia	
<input type="checkbox"/> Ledipasvir 90mg / 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"/> Velpatasvir 100mg/ sofosbuvir 400mg Tomar 1 (um) 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"/> 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"/> 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"/> 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 _____		
20 - Observação:			
21 - Médico <small>(Carimbo e assinatura)</small>		CRM: _____ UF: _____ Data: __/__/__	
22 - Recibo (para preenchimento exclusivo da unidade dispensadora de medicamento – UDM)			
1ª dispensação Data: __/__/__ Dispensação para _____ Semanas <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> <small>(Assinatura do usuário)</small>	4ª dispensação Data: __/__/__ Dispensação para _____ Semanas <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> <small>(Assinatura do usuário)</small>	2ª dispensação Data: __/__/__ Dispensação para _____ Semanas <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> <small>(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data: __/__/__ Dispensação para _____ Semanas <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> <small>(Assinatura do usuário)</small>
3ª dispensação Data: __/__/__ Dispensação para _____ Semanas <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> <small>(Assinatura do usuário)</small>	6ª dispensação Data: __/__/__ Dispensação para _____ Semanas <small>(Assinatura do farmacêutico)</small> <small>(Assinatura do usuário)</small>		

Formulário de Solicitação de Medicamentos PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLENTE HEPÁTICO			
1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	2 - CPF*	3 - SINAN	4 - Prontuário
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*			
6 - Nome Social			
7 - Este formulário é válido por:*		8 - Origem do acompanhamento médico*	
<input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 180 dias		<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	
9 - Peso:		10 - CID-10*	
		<input type="radio"/> B18.0 <input type="radio"/> B18.1 <input type="radio"/> B16.0 <input type="radio"/> B16.2	
11 - Indicação terapêutica.*		12 - Previsão de tempo até o transplante:	
<input type="radio"/> Profilaxia pré-transplante hepático <input type="radio"/> Profilaxia pós-transplante hepático		<input type="radio"/> Até 3 meses <input type="radio"/> Mais de 3 meses	
13 - Coinfecção com HIV?*			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
14 - Anti HBe IgM.*	15 - Exame de HBeAg.*	16 - Exame de HBV-DNA (obrigatório se o HBeAg não reagente)	
<input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	<input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	<input type="radio"/> Acima do limite de detecção e acima de 100.000 cópias/ML <input type="radio"/> Acima do limite de detecção e abaixo de 100.000 cópias/ML <input type="radio"/> Abaixo do limite de detecção	
17 - Registro de dispensação*			
Para preenchimento exclusivo do médico			
<input type="checkbox"/> Lamivudina 100mg (comprimido) Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.			
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar ____ UI, por via intramuscular, 1(uma) vez _____.			
18 - Observação:			
19 - Médico*			
_____ <small>(Cargo e assinatura)</small>		CRM: _____ UF: ____	Data: __/__/__
20 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)			
1ª dispensação		4ª dispensação	
Data: __/__/__		Data: __/__/__	
_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	
Dispensação para ____ Dias		Dispensação para ____ Dias	
_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>		_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	
2ª dispensação		5ª dispensação	
Data: __/__/__		Data: __/__/__	
_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	
Dispensação para ____ Dias		Dispensação para ____ Dias	
_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>		_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	
3ª dispensação		6ª dispensação	
Data: __/__/__		Data: __/__/__	
_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>	
Dispensação para ____ Dias		Dispensação para ____ Dias	
_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>		_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	

EXTRATO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO SES/PNAISP – AGEPEN

Contrato Pessoal por Tempo Determinado n. 02/2021/SES/PNAISP-AGEPEN

Contratante: Secretaria de Estado de Saúde, neste ato representado por Geraldo Resende Pereira, Secretário de Estado de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.

Contratada: EDIVÂNIA SOARES DE SOUSA, CPF: 289.938.188-19 – **Função:** Médico 20 Horas

Do Fundamento Legal: A presente rescisão contratual tem por objetivo rescindir o contrato de trabalho n. 02/2021/SES/PNAISP-AGEPEN, conforme disposições expressas no art. 37, inciso IX, da Constituição Federal, no art. 27, inciso IX da Constituição Estadual, no art. 15, II da Lei Estadual 4.135/2011.

Rescisão: 06 de maio de 2021.

Campo Grande – MS, 17 de maio de 2021.

GERALDO RESENDE PEREIRA
Secretário de Estado de Saúde