

ANEXO VI
LISTA DAS FARMÁCIAS DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DE HIV/AIDS

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) 3251-4667
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) 3441-1561
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
UDM de Costa Rica	Rua Josina Garcia de Melo, 261, Centro CEP: 79.550-000 Costa Rica/MS	(67) 3247-7180
UDM de Maracaju	Avenida Marechal Floriano Peixoto 881, bairro Paraguai CEP: 79.150-000 Maracaju/MS	(67) 3454-3197
UDM de Ribas do Rio Pardo	Rua Conceição do Rio Pardo, 1872, Centro CEP: 79.180-000 Ribas do Rio Pardo/MS	(67) 3238-1716
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
SMS Campo Grande	Unidades de Saúde do município	(67) 2020-1592 (Serviço de IST da SESAU)

Resolução n.222/CIB/SES

Campo Grande, 25 de outubro de 2023.

Homologar 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 363ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada no dia 20 de outubro de 2023, 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 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 de sua publicação.

Art. 3º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Mauricio Simões Corrêa
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

Josiane de Oliveira Silva Correa
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 migraram para o Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica com vistas à melhoria e ampliação do acesso, bem como à capilaridade da rede, no ano de 2021.

1.2 Os controles exigidos para o acesso aos medicamentos de hepatites virais são 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 Cabe ao Ministério da Saúde a atualização dos PCDT de Hepatites Virais e Coinfecções, a aquisição centralizada dos medicamentos, programação dos medicamentos junto à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e distribuição dos medicamentos para a SES/MS.

1.5 Cabe à SES/MS 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 dentro do Estado conforme solicitação e disponibilidade.

1.6 Cabe à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispor de farmácia com profissional farmacêutico e com os elementos necessários para a dispensação dos medicamentos de hepatites virais, fazer a programação mensal para a SES/MS (no caso dos Serviço de Assistência Especializada/SAE, Serviço de Assistência Municipal/SAM, Unidade Dispensadora de Medicamentos/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.

1.6.1 Os SAE farão a distribuição dos medicamentos às SMS da microrregião de saúde, além da dispensação a seus municípios.

1.6.2 Os SAM e UDM atenderão apenas seus municípios com a dispensação de medicamentos.

1.7 A lista de farmácias que são 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 utiliza 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 faz 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 das hepatites virais entre os componentes da assistência farmacêutica;

2.1.4 Com a utilização do SICLOM não há 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 O SICLOM realiza a análise preditiva para a sugestão de quantitativo de distribuição, a programação de medicamentos se dá pelo Painel de Ressuprimento e Gerenciamento dos Medicamentos para Hepatites Virais sem a necessidade do envio de planilhas nominais.

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

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

3. Estrutura, organização e funcionamento das farmácias municipais

3.1 As farmácias municipais que realizam 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 faz o registro das dispensações.

3.3 As farmácias, para dispensar medicamentos e insumos termolábeis devem 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 ocorre 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 deve 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 05 de cada mês), devem realizar o pedido à Gerência de Medicamentos Estratégicos/CAFBE/CGAF/DGAS/SES/MS, através do SICLOM.

5.1.1. Em caso de pedido emergencial, em que já foi realizado o pedido mensal, as farmácias do SAE, SAM, UDM deverão solicitar através do link de formulário google : <https://forms.gle/oJWn7j2ncGw9PoiE7>

5.2 As farmácias municipais das microrregiões, por possuírem um SAE de referência ou serviço de referência na capital, devem 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. Liberação e Distribuição dos medicamentos de hepatites virais

6.1 A liberação via SICLOM ocorrerá conforme avaliação da área técnica de Assistência Farmacêutica Estratégica da SES/MS.

6.2 Os medicamentos liberados serão enviados pelo serviço de logística estadual conforme cronograma do mês.

6.3 Em caso de pedidos extras, as Secretarias Municipais de Saúde deverão retirar o pedido em até 48 hs da autorização, no serviço de logística estadual (Consórcio LIM - Logística Inteligente de Medicamentos, situada à Avenida Ministro João Arinos, 2.690 - Bairro Tiradentes, Campo Grande/MS), mediante apresentação do número da solicitação que será enviada por e-mail pela Assistência Farmacêutica Estadual.

6.4 A autorização dos medicamentos ocorrerá pela área técnica de Assistência Farmacêutica Estratégica da SES/MS para as farmácias de referência, que por sua vez, fazem a distribuição aos municípios da microrregião de saúde, além da dispensação a seus munícipes.

6.5 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 recebido 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, gerando recibo de dispensação. 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.

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.

7.9.3. A movimentação de estoque da farmácia municipal (entrada e saída) deverá ser realizada no sistema de

controle de estoque utilizado pela Assistência Farmacêutica Municipal;

7.9.4. Dessa forma, fica proibido armazenar estoque de medicamentos dos pacientes em descontinuidade de tratamento nos municípios, sendo obrigatória a devolução dos mesmos ao serviço de referência.

8. Disposições finais

8.1 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.

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
UD de Maracajú	Avenida Marechal Floriano Peixoto 881, bairro Paraguai Cep: 79.150-000 Maracaju/MS	(67)3454-3197
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* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social	Data de Nascimento*	Sexo* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*
País 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 <input type="radio"/> Ignorado
Situação do estrangeiro <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente	Escolaridade* <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"/> Ignorado	Pessoa privada de liberdade no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Pessoa submetida à hemodiálise no momento?* <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: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular	Telefone para contato (DDD+Número)		Observações:
Tipo de telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular	Telefone para contato (DDD+Número)		Observações:
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* Data: ___/___/___		Usuário SUS* 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 - Início de tratamento?*		8 - Este formulário é válido por:*		9 - Origem do acompanhamento médico*		10 - Peso:	11 - CID-10*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<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="radio"/> B18.0 <input type="radio"/> B18.1 <input type="radio"/> B15.0
12 - Paciente coinfectado?*		13 - Exame de HBeAg?*		14 - Exame de ALT?*		15 - Exame de HBV-DNA?*	16 - Gravidade de cirrose (se houver)
<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: ____/____/____	<input type="radio"/> Sem Cirrose <input type="radio"/> Child A <input type="radio"/> Child B ou C
17 - Exame de anti-HDV IgG contigüo para CID B18.0:		18 - Resultado BHcG para mulheres entre 12 - 49 anos:		19 - Diagnóstico Materno (apenas para gestante):			
<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			
20 - 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							
21 - 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"/> Biópsia hepática METAVIR maior ou igual a A2F2 ou elastografia hepática maior que 7,0 kPa;				<input type="checkbox"/> Insuficiência hepática; <input type="checkbox"/> Não apresentou soroc conversão do anti-HBs após a 48ª semana de tratamento com alfa peginterferona; <input type="checkbox"/> Elevação de ALT/AST após 48 semanas de tratamento com alfa peginterferona; <input type="checkbox"/> Paciente com HBV-DNA maior que 20.000 UI/mL após a 24ª semana de tratamento com alfa peginterferona <input type="checkbox"/> Não apresenta.			
22 - 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 tireoideana 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.			
23 - Contra-indicação ao uso de:*		24 - Apresentou resistência ou falha terapêutica ao uso de:*		25 - Uso prévio de:*			
<input type="checkbox"/> Alfa peginterferona <input type="checkbox"/> Tenofovir <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> Sem contra-indicação		<input type="checkbox"/> Alfa peginterferona <input type="checkbox"/> Tenofovir <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> Nenhuma		<input type="checkbox"/> Nenhum (além de tratamento) <input type="checkbox"/> Tenofovir <input type="checkbox"/> Alfa peginterferona <input type="checkbox"/> Lamivudina <input type="checkbox"/> Entecavir			

26 - 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 _____

27 - Observação:

28 - Prescritor* CRM: _____ RMS: _____ / UF: _____
 _____ Data: ____/____/____
(Carimbo e assinatura)

29 - 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

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:* <input type="radio"/> 8 semanas <input type="radio"/> 16 semanas <input type="radio"/> 48 semanas <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 coinfectado?*	12 - Exame de Carga Viral em UI/mL* Validade de 12 meses	13 - Genotipagem* Obrigatória a apresentação de cópia do exame	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="checkbox"/> Sem Coinfecção <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatite B sem agente Delta <input type="checkbox"/> Hepatite B com agente Delta	<input type="checkbox"/> < 500 <input type="checkbox"/> 500 – 6 milhões <input type="checkbox"/> > 6 milhões Data do exame ___/___/___	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Elastografia <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 <input type="checkbox"/> Biópsia hepática <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 <input type="checkbox"/> Não realizado
15 - Gravidade 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 a 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"/> Simoprevir+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+allapeginterferona+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"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo			
19 - Registro de dispensação*			
Para preenchimento exclusivo do médico		Para preenchimento exclusivo da farmácia	
<input type="checkbox"/> Alfapeginterferona 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"/> 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"/> 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"/> 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 _____		
<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"/> 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 _____		
20 - Observação:			
21 - Médico*		CRM: _____ UF: _____	Data: ___/___/___
22 - Recibo (para preenchimento exclusivo pela farmácia)			
1ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Semanas	4ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Semanas	5ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Semanas	6ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação para _____ Semanas

Formulário de Solicitação de Medicamentos PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE 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 - Confeção com HIV?*			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
14 - Exame de HBsAg:*		15 - Anti-HBc IgM:*	
<input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente		<input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente	
16 - Exame de HBeAg:*		17 - Exame de HBV-DNA (obrigatório se o HBeAg 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"/> Abaixo do limite de detecção e abaixo de 100.000 cópias/ML <input type="radio"/> Abaixo do limite de detecção	
18 - Registro de dispensação*			
Para preenchimento exclusivo do médico			
<input type="checkbox"/> Entecavir 0,5mg Tomar _____ comprimido(s), por via oral, uma vez ao dia.			
<input type="checkbox"/> Lamivudina 150mg (comprimido) Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.			
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000UI Administrar 1.000 UI, por via intramuscular, 1(uma) vez ao mês.			
<input type="checkbox"/> Tenofovir 300mg Tomar 1 (um) comprimido, por via oral, uma vez ao dia.			
19 - Observação:			
20 - Médico* _____ CRM: _____ UF: _____ Data: ____/____/____			
21 - 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	

Resolução n. 223/CIB/SES

Campo Grande, 25 de outubro de 2023

Homologar 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 363ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada no dia 20 de outubro de 2023, Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 20, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;

Considerando a Portaria nº 54, de 01 de outubro de 2015, que torna pública a decisão de incorporar a doxiciclina 100mg comprimidos para tratamento de sífilis, conforme normas técnicas definidas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS;

Considerando a Portaria nº 55, de 01 de outubro de 2015, que torna pública a decisão de incorporar a doxiciclina 100mg comprimidos para tratamento de donovanose, conforme normas técnicas definidas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS;

Considerando a Nota Informativa nº 2/2018-.DIAHV/SVS/MS de 02 de fevereiro de 2018, a qual revoga a Nota Informativa Conjunta nº109/105/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS, publicada em 2015, e incorpora o uso da benzilpenicilina benzatina e da benzilpenicilina potássica/cristalina ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

Considerando a Nota Informativa Conjunta nº 4/2022- DAF/SCTIE/MS e DCCI/SVS/MS de 02 de maio de 2022, que dispõe sobre a utilização dos medicamentos benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI, benzilpenicilina cristalina/potássica 5.000.000 UI e cloridrato de doxiciclina 100mg para infecções sexualmente transmissíveis, distribuídos pelo Ministério da Saúde de forma centralizada;