

ALFAPEGINTERFERONA

Hepatite Viral B e Coinfecções

Portaria SCTIE/MS nº 43, de 07 de dezembro de 2016 ([Protocolo na íntegra](#))
[Nota Técnica Conjunta CAF/SES-SP e FEHV/CVE/CCD/SES-SP nº 03, de 22 de março de 2022.](#)

Informações gerais

Apresentação: 2A 180 mcg – seringa preenchida

CID-10: B16.0, B18.0 e B18.1

Esquema terapêutico recomendado: *vide* PCDT.

Responsável pelo financiamento: Ministério da Saúde

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C.

Solicitação do Medicamento

Documentos necessários para cadastramento no SUS

- [Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais](#) preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente;
 - O cadastramento dos usuários no SUS é obrigatório para a dispensação dos medicamentos;
 - O Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais com autorizações de representantes para retirada de medicamentos precisa ser arquivado pelas unidades, podendo ser substituídos à medida que forem atualizados;
- [Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B](#) preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente;
- Prescrição médica preenchida de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ALFAPEGINTERFERONA – HEPATITE VIRAL B E COINFEÇÕES (Atualizado em 10/08/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Documentos pessoais:

- Documento de identidade do usuário do medicamento;
- Documento de identidade do representante e cópia do documento de identidade do usuário do medicamento (quando o representante for retirar).

Renovação da continuidade

1. Documento de identidade do usuário do medicamento;
2. Documento de identidade do representante e cópia do documento de identidade do usuário do medicamento (quando o representante for retirar);
3. [Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B](#) preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente;
4. Prescrição médica preenchida de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O tempo de dispensação com um mesmo Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B deverá ser estabelecido pelo médico, em campo específico, com o limite máximo de 180 (cento e oitenta) dias, passíveis de renovação mediante a apresentação de um novo formulário e receituário médico em conformidade com o tempo de tratamento estabelecido no PCDT.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a uma das [Unidades Dispensadoras de Medicamentos \(UDM\)](#) para entrega dos documentos e retirada dos medicamentos.

A UDM avaliará a possibilidade de dispensação do medicamento para até 90 (noventa) dias de tratamento, conforme disponibilidade em estoque.

ALFAPEGINTERFERONA – HEPATITE VIRAL B E COINFEÇÕES (Atualizado em 10/08/2022)

