

IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B

Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático

Portaria SAS/MS nº 469, de 23 de julho de 2002 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Apresentação: 1.000UI injetável – frasco

CID-10: B16.0, B16.2, 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

1. [Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais](#) preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente;
 - a. O cadastramento dos usuários no SUS é obrigatório para a dispensação dos medicamentos;
 - b. 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;
2. [Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático](#) preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente;
3. Prescrição médica preenchida de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B – PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO (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 – Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático](#) 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 – Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático 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.