



Diagnóstico das hepatites B e C e encaminhamento de casos detectados para tratamento

Rede de Doenças Crônicas Transmissíveis Prioritárias

Abril de 2022

Equipe Gestão

Prefeita de Pelotas

Paula Schild Mascarenhas

Secretária de Saúde

Roberta Paganini Lauria Ribeiro

Departamento de Planejamento

Raquel Viégas Elias

Cairo Ezequiel Mayer

Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

Caroline Vasconcellos Lopes

Mariane Baltassare Laroque

Rede de doenças crônicas transmissíveis prioritárias

Greice Carvalho de Matos

Autoria

Autores

Greice Carvalho de Matos

José Ricardo Wurdig Fonseca

Josiane Berny

Maria Alice Tavares Rodrigues

Revisão Técnica

Caroline Vasconcellos Lopes

Mariane Baltassare Laroque

SUMÁRIO

	Página
Introdução	4
O cuidado de enfermagem na atenção às pessoas com hepatites virais na APS	6
Execução e supervisão da testagem rápida e emissão de laudo do resultado de testes	8
Quem testar para Hepatite B?	9
Reagente para HEPATITE B, o que fazer?	11
Fluxograma de triagem para o diagnóstico de Hepatite B	12
Quem testar para Hepatite C?	13
Frequência de testagem para Hepatite C	14
Fluxograma para triagem para o diagnóstico de Hepatite C	15
Fluxograma do diagnóstico e do encaminhamento da Hepatite C	16
Fluxo do Tratamento da hepatite C	19
Fluxograma do Município de Pelotas-RS para o cuidado as hepatites B e C (RDCTP)	20
Referências	21
Anexos	22

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), liderada pelo Ministério da Saúde desde 2011, representa um avanço fundamental na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). As RAS consistem em um conjunto de ações e serviços coordenados de forma a atender as necessidades de saúde da população em todos os seus níveis de complexidade, garantindo assim a integralidade do cuidado (BRASIL,2011).

Neste ínterim, em 2021, o município de Pelotas implementou as Redes Temáticas, as quais são coordenações de linhas de cuidado que atuam desde a prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. Neste sentido a Rede de Doenças Crônicas Transmissíveis Prioritárias surgiu com o propósito de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde no que tange as Hepatites virais, HIV/AIDS, Sífilis e Tuberculose buscando a Promoção, Proteção e Prevenção de tais afecções, bem como o Diagnóstico e Assistência para tais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta compreendem os seguintes serviços específicos: Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), o Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Programa Municipal de IST's.

Este documento tem por objetivo apresentar os **fluxos e protocolos** que compõem as hepatites virais B e C, visando a **descentralização do diagnóstico das hepatites B e C e encaminhamento de casos detectados para tratamento**; no que tange desde as notificações dos referidos agravos, até a implementação cuidado ao usuário acometido, visando o tratamento e acompanhamento do mesmo, com vistas a qualificação do trabalho em rede.

Introdução

Para confecção de tal documento utilizou-se como referencia a nota técnica 369/2020 do Ministério da Saúde a qual dispõe acerca das orientações sobre a atuação da(o) enfermeira (o) para ampliação da estratégia do acesso da população brasileira ao diagnóstico das hepatites B e C e encaminhamento de casos detectados para tratamento. Visa potencializar a atenção à saúde da população em relação às hepatites virais. Neste contexto a atenção primária à saúde surge como área estratégica para ampliar o acesso ao diagnóstico e o tratamento dos usuários acometidos por estes agravos.



O cuidado de enfermagem na atenção às hepatites virais na unidade de saúde



- a) Implementar os fluxogramas de investigação inicial, utilizando testes rápidos na consulta clínica de enfermagem;
- b) Identificar, durante a consulta clínica de enfermagem, pacientes que precisam realizar testes para hepatite B e C e os que necessitam receber ou completar adequadamente o esquema vacinal para hepatite A e/ou B;
- c) Solicitar exames complementares para confirmação de diagnóstico das hepatites virais;
- d) Definir se o paciente será tratado pelo médico no nível da atenção primária ou no serviço especializado, de acordo com as disposições dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT);
- e) Realizar os testes rápidos de hepatites B e C em gestantes;
- f) Solicitar o teste molecular e demais exames complementares para gestantes com hepatites B e/ou C;
- g) Encaminhar gestantes para o serviço especializado;

O cuidado de enfermagem na atenção às hepatites virais na unidade de saúde



- h)** Diferenciar e dar encaminhamento às pessoas com condições agudas, crônicas e outros riscos para as hepatites virais;
- i)** Discutir e reportar achados para a prevenção combinada com a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional;
- j)** Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os pacientes com hepatites virais que fazem parte do território adscrito sob sua responsabilidade, e que são acompanhados no âmbito da APS ou no serviço especializado.
- k)** Realizar processos educativos individuais e coletivos relacionados aos temas prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com hepatites virais;
- l)** Compartilhar conhecimentos e experiências com as equipes de saúde e de enfermagem sobre o processo de trabalho na atenção às pessoas com hepatites virais;
- m)** Promover orientações para trabalhadores que, potencialmente, podem expor tanto a si mesmos quanto a população do território a risco de infecção pelos vírus das hepatites B e C (salões de beleza, barbeiros, manicures, dentre outros).

Execução e supervisão da testagem rápida e emissão de laudo do resultado de testes

Conforme parecer do Cofen 259/2016 a(o) **enfermeira(o)** tem **competência técnica e legal para realização de testagem, aconselhamento pré-teste e pós-teste e emissão de laudo de testagem rápida para hepatites virais**. Além disso, pode supervisionar técnica(o)s e/ou auxiliares de enfermagem devidamente capacitados para realização de testes rápidos para hepatites virais. Nesses casos, a **emissão do laudo é privativa da(o) enfermeira(o) ou outro profissional de nível superior**, devidamente habilitado por seu conselho regional de classe profissional.



Fonte: Romualdo Filho, 2018,
<http://saude.piracicaba.sp.gov.br/luta-contr-a-hepatite-c-tera-data-unificada/>

Quem testar para Hepatite B?

- ✓ Pessoas que não receberam a vacina e/ou que não completaram o esquema vacinal, principalmente aqueles com idade superior a 20 anos, por apresentarem menor cobertura vacinal e, por conseguinte, maior exposição ao vírus;
- ✓ Crianças expostas ao vírus da hepatite B por transmissão vertical, principalmente em locais de alta endemicidade para o HBV;
- ✓ Populações que vivem em áreas remotas ou de difícil acesso, como indígenas e comunidades ribeirinhas, dentre outros;
- ✓ Usuários de drogas injetáveis, inalatórias e fumadas e/ou álcool;
- ✓ Profissionais de saúde e trabalhadores de segurança pública;
- ✓ Populações privadas de liberdade e em outras situações de confinamento;
- ✓ Mulheres grávidas e filhos de mães HBsAg reagentes;
- ✓ Contatos domiciliares e/ou sexuais e/ou parentes de primeiro grau de indivíduos HBsAg reagentes;
- ✓ Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e populações imunossuprimidas (incluindo candidatos à quimioterapia ou terapia imunossupressora);

Quem testar para **Hepatite B**?

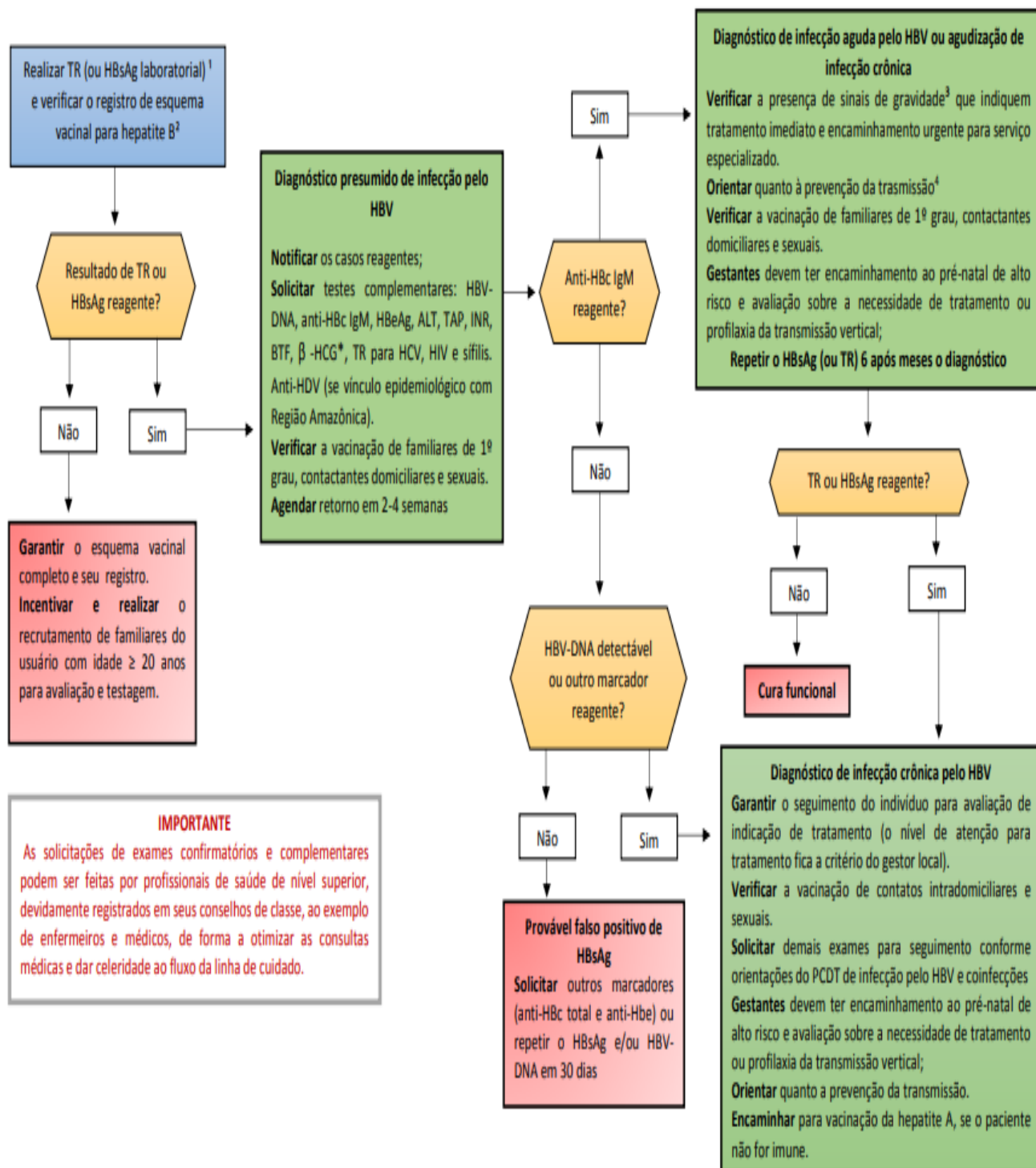
- ✓ Pessoas com sinais de doença hepática: alteração de enzimas hepáticas, hepatomegalia, esplenomegalia, plaquetopenia ou icterícia;
- ✓ Pacientes renais crônicos;
- ✓ Pessoas com diabetes;
- ✓ Pessoas procurando atendimento para IST, em uso de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ou Profilaxia Pré-Exposição (PrEP);
- ✓ Doadores de tecido, órgãos, sêmen ou sangue;
- ✓ Pessoas com múltiplos parceiros sexuais e/ou uso irregular de preservativo;
- ✓ População trans, trabalhadores do sexo, homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH);
- ✓ Pessoas em situação de rua;
- ✓ Pessoas com antecedente de exposição percutânea/parenteral a materiais biológicos que não obedeçam às normas de vigilância sanitária.

Reagente para **HEPATITE B**, o que fazer?

- ❖ Notificação do caso (anexo 1);
- ❖ Realizar os testes rápidos para hepatite C, HIV e sífilis;
- ❖ Estabelecer junto com os pacientes estratégias de busca ativa para avaliação da situação vacinal e testagem dos comunicantes;
- ❖ Solicitar o teste de carga viral do HBV e demais exames complementares;
- ❖ Encaminhar os pacientes com anti-HBc IgM reagente para avaliação médica na APS;
- ❖ Encaminhar os pacientes com anti-HBc IgM não reagente para avaliação médica no serviço especializado;
- ❖ Iniciar o esquema vacinal de hepatite A em pacientes com diagnóstico confirmado para hepatite B;
- ❖ Esclarecer que as gestantes devem ser encaminhadas ao atendimento pré-natal de alto risco e avaliadas sobre a necessidade de tratamento ou profilaxia da transmissão vertical;
- ❖ Fornecer orientações quanto à prevenção da transmissão, incluindo o uso de preservativo e o não compartilhamento de agulhas, seringas, material de manicure, escovas dentais, lâminas de barbear e de depilar etc.

Fluxograma de triagem para o diagnóstico de Hepatite B

(pessoas ≥ 20 anos de idades)



Quem testar para Hepatite C?

- ✓ Todas as pessoas com idade igual/superior a 40 anos;
- ✓ Pessoas com alguma das seguintes condições:
- ✓ Diabetes;
- ✓ Doenças cardiovasculares e/ou hipertensão;
- ✓ História anterior de uso abusivo de álcool e/ou outras drogas;
- ✓ Recebimento de transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993;
- ✓ Recebimento de transplante de órgãos e tecidos;
- ✓ Coabitação com alguém que tem ou teve hepatite C;
- ✓ História de agravos psiquiátricos, doença renal ou imunossupressão;
- ✓ Doença hepática sem diagnóstico, elevação de ALT e/ou AST;
- ✓ Crianças nascidas de mães que vivem com hepatite C;
- ✓ Parceiros e parceiras sexuais de pessoas que têm ou tiveram hepatite C.

Frequência de testagem para Hepatite C

O teste deve ser feito a cada ano em:

- a) Profissionais de saúde;
- b) Pessoas vivendo com HIV (PVHIV);
- c) Pessoas com histórico de infecções sexualmente transmissíveis;
- d) Pessoas com vida sexual ativa, com uso inconsistente de preservativo;
- e) Pessoas trans; homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH);
- f) Trabalhadores(as) do sexo;
- g) Pessoas em situação de rua;
- h) Pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

O teste deve ser feito a cada seis meses em:

Pessoas que fazem hemodiálise.

O teste deve ser feito a cada três meses em:

Pessoas em uso de PrEP.

Fluxograma para triagem para o diagnóstico de Hepatite C

O teste deve ser feito ao menos uma vez na vida em todas as pessoas com idade igual/superior a 40 anos, assim como as que, independentemente da idade, apresentarem um dos seguintes fatores:

- Diabetes;
- Doenças cardiovasculares e/ou hipertensão;
- Antecedente de uso de álcool e outras drogas;
- Receberam transfusão de sangue ou hemoderivados antes de 1993;
- Receberam transplante de órgãos e tecidos;
- Tiveram exposição percutânea/parenteral a materiais biológicos que não obedecem às normas de vigilância sanitária;
- Crianças nascidas de mães que vivem com hepatite C;
- Parcerias sexuais com pessoa que tem/teve hepatite C;
- Moram com alguém que tem/teve hepatite C;
- Privados de liberdade;
- Possuem antecedentes psiquiátricos, doença renal ou realizam imunodepressão;
- Pessoas com doença hepática sem diagnóstico, elevação de ALT e/ou AST;

O teste deve ser feito a cada ano em:

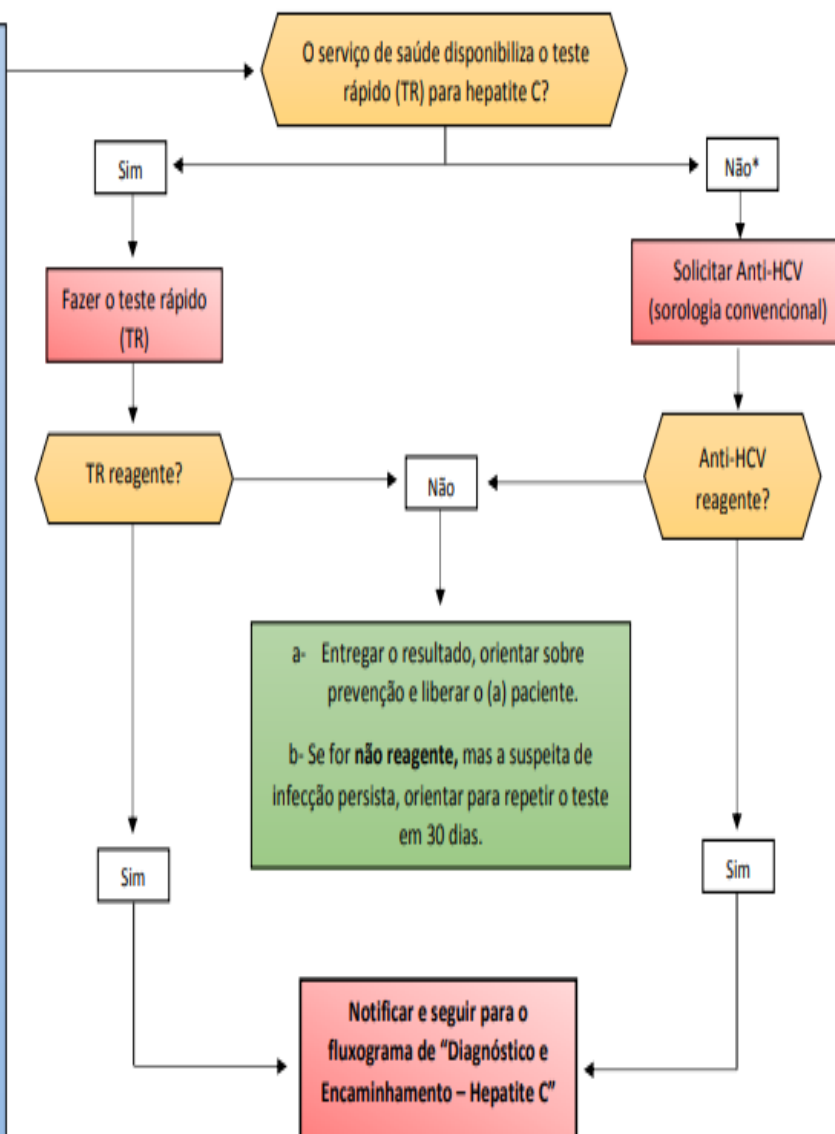
- Profissionais de saúde;
- Pessoas vivendo com HIV (PVHIV);
- Pessoas com histórico de infecções sexualmente transmissíveis;
- Pessoas com vida sexual ativa, com uso inconsistente de preservativo;
- Pessoas trans; gays e HSH;
- Trabalhadores (as) do sexo;
- Pessoas em situação de rua;
- Pessoas que usam álcool e outras drogas.

O teste deve ser feito a cada três meses em:

- Pessoas em uso de PrEP.

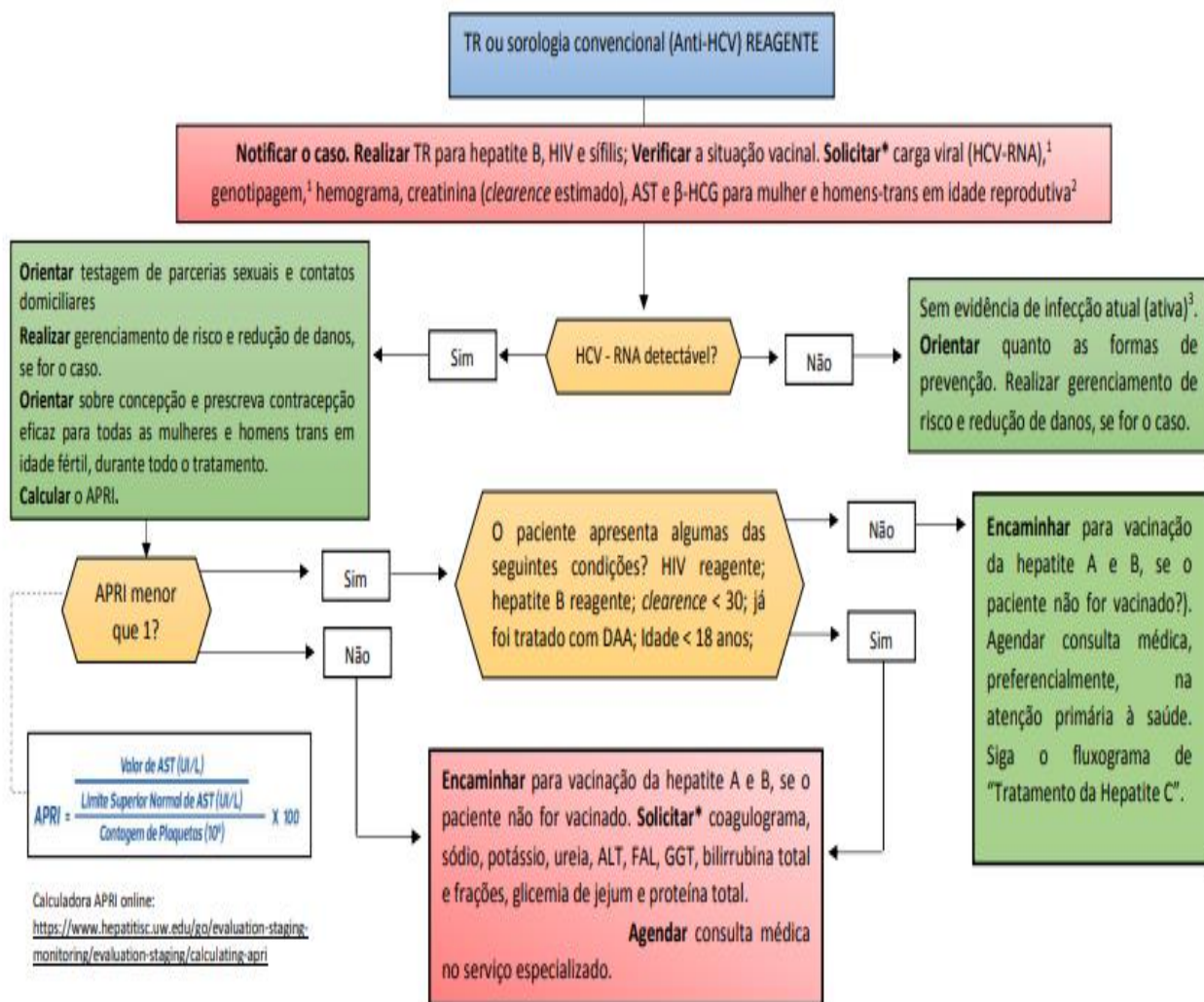
O teste deve ser feito a cada seis meses em:

- Pessoas em hemodiálise.



*Articular junto ao serviço e a coordenação local a implementação do teste rápido. Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em no máximo 30 minutos. Podem ser feitos com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa.

Fluxograma do diagnóstico e do encaminhamento da Hepatite C



*** IMPORTANTE:** As solicitações de exames confirmatórios e complementares podem ser feitas por profissionais de saúde de nível superior, devidamente registrados em seus conselhos de classe, ao exemplo de enfermeiros e médicos, de forma a otimizar as consultas médicas e dar celeridade ao fluxo da linha de cuidado.

¹ A coleta de carga viral e genotipagem pode ser simultânea. O laboratório só efetuará a análise de genotipagem após a confirmação da detecção de carga viral do vírus C.

² No caso de gestantes, encaminhar para o pré-natal de alto risco.

³ A repetição do teste molecular está indicada, a critério médico, nos seguintes casos de resulta HCV-RNA não detectável: a) suspeita de nova exposição nos seis meses que antecedem a realização da sorologia; b) forte suspeita clínica de doença pelo HCV; c) qualquer suspeita em relação ao manuseio ou armazenamento inadequado da amostra utilizada para realização do teste molecular.

Quem tratar na UBS?

O APRI é um índice de relação aspartato aminotransferase sobre plaquetas e permite correlacionar o seu resultado com a escala METAVIR, utilizada para caracterizar o estadiamento de fibrose e cirrose hepática.

Como regra geral, casos de menor complexidade e que tenham baixo risco de cirrose hepática (**APRI<1**) poderão ser acompanhados pelos médicos não especialistas da atenção básica.

Para o cálculo do APRI, são utilizados os biomarcadores alanina aminotransferase (ALT) e a contagem de plaquetas, como na fórmula a seguir:

$$\text{APRI} = \frac{\frac{\text{AST (paciente)}}{\text{limite superior do AST (laboratório)}}}{\text{Contagem das plaquetas (x10}^9\text{)}} \times 100$$

Link para calculo APRI: <https://www.hepatitisc.uw.edu/go/evaluation-staging-monitoring/evaluation-staging/calculating-apri>

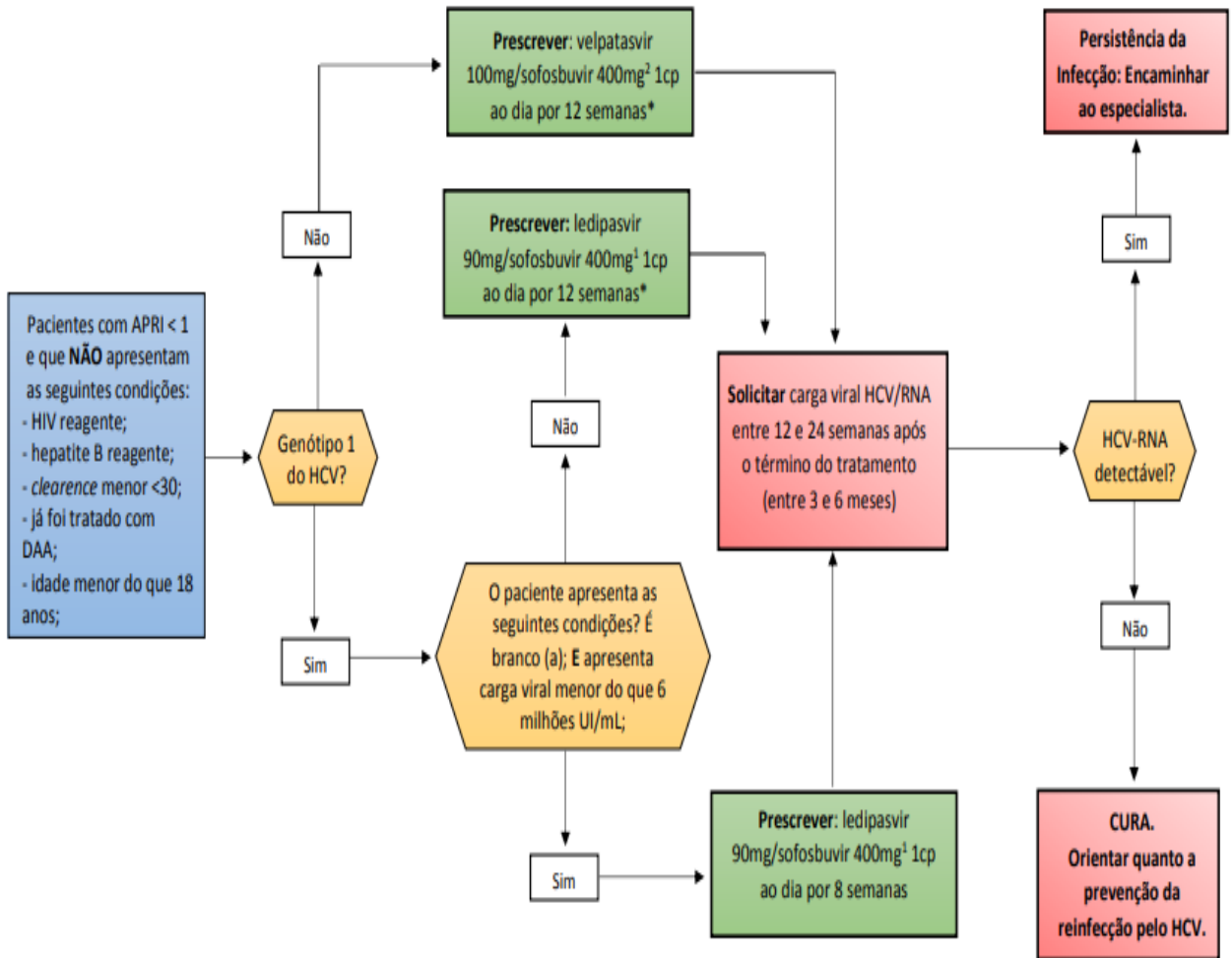
Dessa forma, o tratamento de pessoas com hepatite C pelos médicos não especialistas deve ser apenas realizado nos casos em que não existam comorbidades graves, com baixo risco de cirrose (APRI <1) e que possam ser tratados inicialmente com medicamentos antivirais de ação direta.

Quem tratar na UBS?

Salienta-se que, para serem tratadas na APS, além de apresentar o APRI <1, é importante que as pessoas com **hepatite C** NÃO apresentem NENHUMA das condições elencadas a seguir:

- a) Coinfecção HCV-HIV;
- b) Coinfecção HCV-HBV;
- c) Gravidez;
- d) Idade inferior a 18 anos;
- e) Insuficiência renal crônica;
- f) Uso de quimioterapia;
- g) Recebimento de transplante;
- h) Hepatocarcinoma ou outras neoplasias;
- i) Uso de anticonvulsivantes de primeira geração (carbamazepina, oxcarbamazepina, fenitoína e fenobarbital) ou amiodarona;
- j) Manifestações extra-hepáticas graves: vasculites sistêmicas, glomerulopatias;

Fluxo do Tratamento da hepatite C



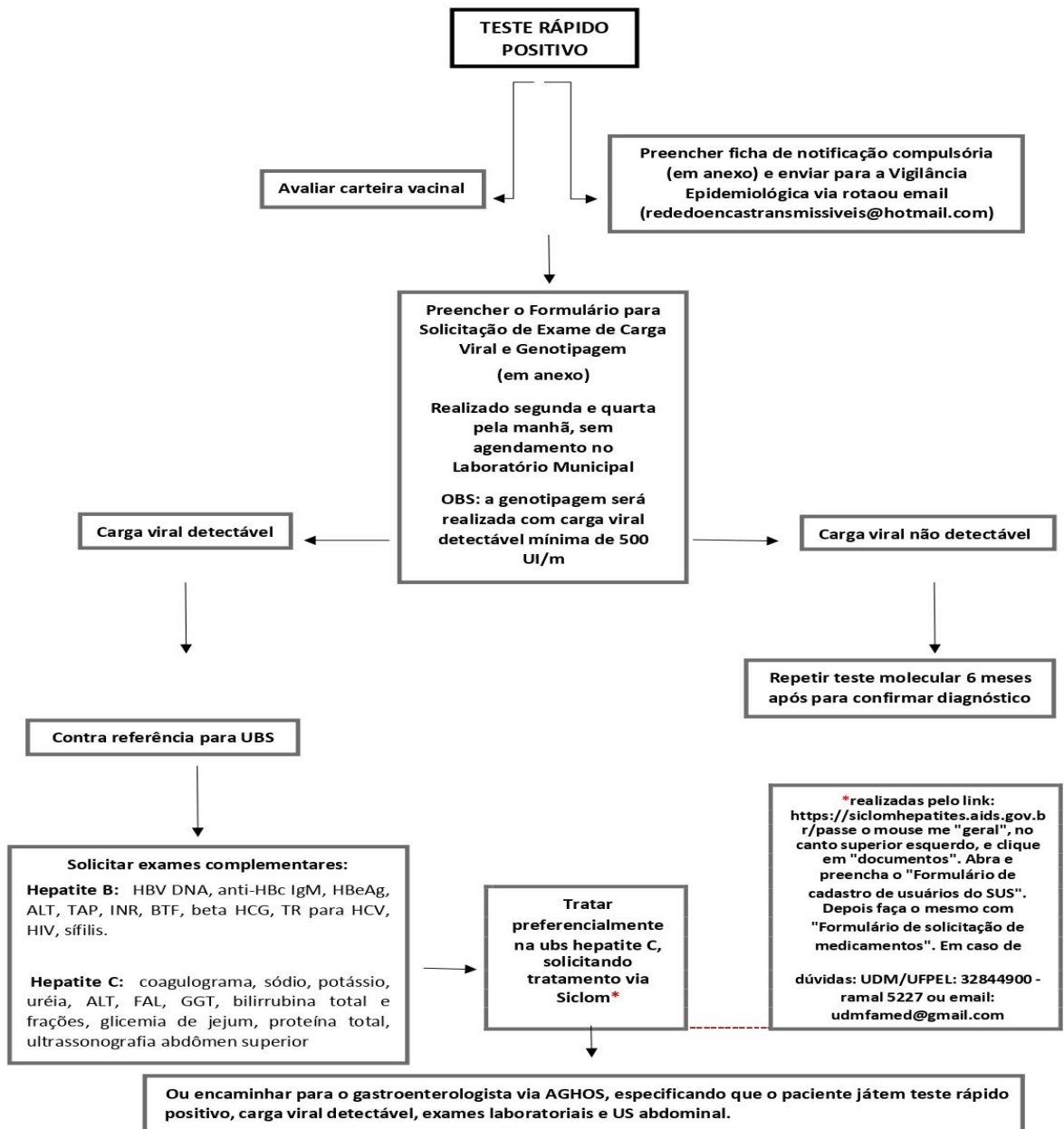
ATENÇÃO: Em caso de gravidez o tratamento deverá ser suspenso imediatamente!

¹ Ledipasvir/sofosbuvir não deve ser coadministrado com amiodarona, carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, oxcarbazepina, rifampicina, rifabutina, rifapentina, rosuvastatina, tipranavir, erva de São João.

² Velpatasvir/sofosbuvir não deve ser coadministrado com amiodarona, carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, oxcarbazepina, rifampicina, rifabutina, rifapentina, efavirenz, nevirapina, etravirina, tipranavir, erva de São João.

* Em cenários com indisponibilidade de genotipagem, deve-se optar por medicamentos pangenotípicos de acordo com as recomendações vigentes do Ministério da Saúde.

Fluxograma do Município de Pelotas-RS para o cuidado as hepatites B e C (RDCTP)



Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota nº369/2020. 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/SEI_MS-0017958180-Nota-Tecnica.pdf

Anexo1 -Ficha SINAN Hepatites Virais

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS

Nº

CASO CONFIRMADO

Hepatite A: - indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente

- Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de Hepatite A

- Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite B: - indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir:

HBsAg reagente Anti-HBc IgM reagente HBV-DNA detectável

- Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite C: - indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:

Anti-HCV reagente HCV-RNA detectável

- Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite D: - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir:

Anti-HDV total reagente HDV-RNA detectável

- Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite E: - indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:

Anti-HEV IgM e Anti-HEV IgG reagentes HEV-RNA detectável

- Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HEPATITES VIRAIS		B 19	3 Data da Notificação
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Data dos Primeiros Sintomas
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento	9 Raça/Cor
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino	12 Sestante	13 Raça/Cor
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino	12 Sestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	17 UF
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	22 Número
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência
Dados Complementares do Caso	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Suspeita de:	34 Tomou vacina para:
	35 Institucionalizado em	36 Agravos associados	37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC	38 Sexual

Hepatites Virais

Sinan NET

SVS 29/09/2006

Anexo2 - Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B

DADOS DA INSTITUIÇÃO										
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*					2. CNES*					
3. Nome do profissional solicitante*					4. Registro do conselho profissional*		5. Assinatura e Carimbo*			
6. Data da solicitação*					7. CPF do profissional*					
INFORMAÇÕES BÁSICAS										
8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*				12. Preferência de identificação*				
		10. Oficial				☐ 1. Oficial ☐ 2. Social				
9. CPF*		11. Social				13. Sexo*				
						☐ 1. Feminino ☐ 2. Masculino				
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*		16. Etnia*		17. Nome da mãe*				
		☐ 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada								
18. Nacionalidade*		19. Número da identidade		20. Logradouro*						
21. Número*		22. Complemento		23. Bairro*		24. Município*		25. Cód. IBGE		
								26. UF*		
28. Telefone		29. País*		30. Pronto-socorro		31. Gestante*		32. Escolaridade (em anos)		
()						☐ 1. Sim ☐ 2. Não		☐ 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 5. De 12 e mais 6. Não informado 7. Ignorado		
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*					34. CPF do(a) responsável					
35. Código do procedimento					36. Nome do procedimento					
02.13.01.020-8					Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)					
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETAHES DO AGRAVO										
37. Idade gestacional*			38. Motivo do exame*				39. Estágio da doença (OD)*			
☐ 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica			☐ 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical				☐ 1. Hepatite B aguda (B16) 2. Hepatite B crônica sem Delta (B18.1) 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)			
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA										
40. Nome da instituição*					41. Data da coleta*		42. Hora da coleta*			
					/ /		:			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE										
43. Nome da instituição*					44. CNES*		45. Data do recebimento*		46. Hora do recebimento*	
							/ /		:	
Carga Viral	47. Solicitação do exame*		48. Identificador da amostra*		49. Responsável*		50. Data do resultado*			
	/ /						/ /			
	51. Material biológico*		52. Volume da amostra		53. UI/mL		54. Log		55. Técnica*	

*Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (27/04/2020)

Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da **Hepatite B**

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

8.CNS do(a) paciente*: Número do Cartão Nacional de Saúde do indivíduo, o correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

9.CPF*: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019).

Nome completo do(a) usuário(a)* (conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009)

10.Oficial: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

11.Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

12.Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

13.Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

37.Idade Gestacional*: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar “5”.

38.Motivo do exame*: Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico da infecção pelo HBV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HBV podem ser acessadas no **PCDT para a hepatite B e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

39.Estágio da doença (CID)*: Estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a Hepatite B e Coinfecções**.

Anexo 3 - Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C

DADOS DA INSTITUIÇÃO					
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNES*	
3. Nome do profissional solicitante*				4. Registro do conselho profissional* Conselho/UF/Nº	
6. Data da solicitação*				7. CPF do profissional*	
5. Assinatura e Carimbo*					
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
8. CNIS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*			12. Preferência de identificação*
		10. Oficial			☐ 1. Oficial ☐ 2. Social
9. CPF*		11. Social			13. Sexo*
					☐ 1. Feminino ☐ 2. Masculino
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*		16. Etnia*	17. Nome da mãe*
		☐ 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não Informado 7. Ignorada			
18. Nacionalidade*		19. Número da identidade		20. Logradouro*	
21. Número*	22. Complemento	23. Bairro*	24. Município*	25. Cód. IBGE	26. UF*
28. Telefone		29. País*	30. Prontuário	31. Gestante*	32. Escolaridade (em anos)
()				☐ 1. Sim ☐ 2. Não	☐ 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 5. De 12 e mais 6. Não Informado 7. Ignorado
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*				34. CPF do(a) responsável	
35. Código do procedimento		36. Nome do procedimento			
02.02.03.108-0		Quantificação de RNA do vírus da hepatite C			
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO					
37. Idade gestacional*		38. Motivo do exame*		39. Estágio da doença (CID)*	
☐ 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica		☐ 1. Diagnóstico 2. Avaliação pós-tratamento (RVS) 3. Suspeita de reinfeção		☐ 1. Hepatite C aguda (B17.1) 2. Hepatite C crônica (B18.2)	
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA					
40. Nome da instituição*				41. Data da coleta*	42. Hora da coleta*
				/ /	:
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
43. Nome da instituição*		44. CNES*	45. Data do recebimento*	46. Hora do recebimento*	
			/ /	:	
Carga Viral	47. Solicitação do exame*		48. Identificador da amostra*		49. Responsável*
	/ /				
	50. Data do resultado*		/ /		
51. Material biológico*		52. Volume da amostra	53. UI/mL	54. Log	55. Técnica*

*Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (27/04/2020)

Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

8.CNS do(a) paciente*: Número do Cartão Nacional de Saúde do indivíduo, o correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

9.CPF*: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019 Presidência da República).

Nome completo do(a) usuário(a)* (conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009).

10.Oficial: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

11.Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

12.Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

13.Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

37.Idade Gestacional*: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar “5”.

38.Motivo do exame*: Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico da infecção pelo HCV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HCV podem ser acessadas no **PCDT para a Hepatite C e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

39.Estágio da doença (CID)*: Informar o estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a hepatite C e Coinfecções**.

Anexo 4 - Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem do Vírus da Hepatite C



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem do Vírus da Hepatite C

DADOS DA INSTITUIÇÃO									
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*						2. CNES*			
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
3. Nome do profissional solicitante*					6. Documento do profissional solicitante*		7. Assinatura e Carimbo*		
					CPF:				
4. Data da solicitação*					5. Registro do conselho profissional* Conselho/UF/Nº				
/ /					/ /				
INFORMAÇÕES BÁSICAS									
8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*					12. Preferência de identificação*		
		10. Oficial					☐ 1. Oficial ☐ 2. Social		
9. CPF*		11. Social					13. Sexo*		
							☐ 1. Feminino ☐ 2. Masculino		
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*		16. Etnia*		17. Nome da mãe*			
		☐ 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada							
18. Nacionalidade*		19. Número da identidade		20. Logradouro*		21. Número*		22. Complemento	
23. Número GAL		24. Bairro*		25. Município*		26. Cód. IBGE		27. UF*	
29. Telefone		30. País*		31. Prontuário		32. Gestante*		33. Escolaridade (em anos)	
()						☐ 1. Sim ☐ 2. Não		☐ 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 5. De 12 e mais 6. Não informado 7. Ignorado	
34. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*						35. CPF do(a) responsável			
36. Código do procedimento		37. Nome do procedimento							
02.02.03.021-0		Genotipagem de Vírus da Hepatite C							
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO									
38. CID10		39. Última quantificação do RNA do HCV*			39.1 Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem?				
B18.2		Data		UI/mL	Log	Solicitação de exame de carga viral na mesma data?			
		/ /				☐ Sim ☐ Não			
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA									
40. Nome da instituição (Carimbo padrão)*						41. Data da coleta*		42. Hora da coleta*	
						/ /		:	
43. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem: coleta de amostra de carga viral na mesma data?						☐ Sim ☐ Não			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE									
44. Nome da instituição (Carimbo padrão)*				45. CNES*		46. Data do recebimento*		47. Hora do recebimento*	
						/ /		:	
48. Genótipo		49. Subtipo		50. Metodologia utilizada					

*Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (27/04/2020)

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

8. CNS do(a) paciente*: Número do Cartão Nacional de Saúde do indivíduo, o correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

9. CPF*: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019).

Nome completo do(a) usuário(a)*: Conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009)

10. Oficial: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

11. Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

12. Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

13. Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

39. Última quantificação do RNA do HCV*: Exame de carga viral de pelo menos 500 UI/mL e realizado em um período anterior máximo de 12 meses (conforme Nota Informativa nº 32/2016/CLAB/DDAHV/SVS/MS).

39.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem: O médico deverá informar se os exames de carga viral e genotipagem estão sendo solicitados no mesmo momento.

43. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem: O profissional do ponto de coleta deverá informar se as amostras de carga viral e de genotipagem estão sendo coletadas no mesmo momento, para indicar ao laboratório executor da genotipagem que este deverá aguardar (15 dias) o resultado da carga viral para executar o exame de genotipagem.