

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

Dosagem / Apresentação: 100 UI e 600 UI injetável – frasco

CIDs contemplados: B16.0, B16.2, B18.0, B18.1

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 100 UI injetável – 8 frascos / 600 UI injetável – 1 frasco

- Para faturamento (SIGTAP): 100 UI injetável – 8 frascos / 600 UI injetável – 1 frasco

Grupo de financiamento: 1A

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

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

Para pacientes pré-transplante:

Doença Hepática Crônica Terminal por Vírus B:

- Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B);
- Sorologia - HbeAG (Antígeno E – Hepatite B).
- Teste quantitativo para DNA do HBV (Vírus da Hepatite B) apenas quando o teste de HBeAG for negativo.

Hepatite Fulminante por Vírus B:

- Pesquisa de Anticorpo Anti-HBcIgM.

Para pacientes pós-transplante:

- Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B);
- Pesquisa de Anticorpo Anti-HBcIgM;
- Teste quantitativo para DNA do HBV (Vírus da Hepatite B) por PCR (Reação em Cadeia Polimerase) em tempo real (não obrigatório para pacientes crônicos HBeAg negativo).

5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).

3. Cópia dos exames:

1º, 4º e 7º mês de tratamento:

- Teste quantitativo para DNA do HBV (Vírus da Hepatite B) por PCR (Reação em Cadeia Polimerase) em tempo real

Semestralmente:

- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.