



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

Hepatite C Crônica e Coinfecções – Ação Direta

SOFOBUVIR, DACLATASVIR, SIMEPREVIR, RIBAVIRINA, PEGINTERFERON

- Via **original** do **LAUDO MÉDICO (LME)** para solicitação de medicamentos, preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão (infetologista, gastroenterologista clínico ou hepatologista).
- Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.
- Cópia de Exames** complementares que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico, conforme data validade relacionada:
- Cópia do exame de **β -HCG sérico** para mulheres em idade fértil, realizado até 15 dias antes da solicitação, ou **declaração de infertilidade**;
 - Cópia do exame de **anti-HCV ou HCV-RNA realizados há mais de seis meses** (comprovar cronicidade, conforme PCDT, 2015);
 - Cópia do exame de **Genotipagem do HCV – qualquer período**;
 - Cópia do exame de **HCV-RNA realizado até três meses** antes da solicitação (base para avaliação resposta virológica);
 - Cópia de **Eletrocardiograma, com laudo médico, realizado até 3 meses** antes da solicitação;
 - **Relatório Médico** que comprove a indicação de tratamento de acordo com o PCDT HCV 2015, constando o tempo de tratamento, descrição de comorbidades, coinfecções HIV ou HBV, medicações em uso, se paciente transplantado e qual órgão, se fez uso de terapias HCV prévias e quais medicações que usou;
 - Hemograma completo, creatinina sérica, TSH e T4 livre **para as terapias que incluem alfapeginterferona**: realizado até três meses antes da solicitação dos medicamentos;
 - Cópia do exame de **anti-HIV** (sorol. ou teste rápido dos últimos três meses);
 - Número da notificação (**registro SINAN**) quando HIV positivo;
 - Cópia dos **exames complementares (últimos três meses)**: Hemograma completo com plaquetas; Albumina sérica; ALT (TGP) e AST (TGO); Bilirrubina Total e Frações; Creatinina sérica; Glicose de jejum; Uréia sérica; TAP/INR;
 - Cópia do exame de **HBsAg** (sorológico ou teste rápido) dos últimos três meses;
 - Cópia do exame de **Taxa de Filtração Glomerular** (clearance de creatinina ou **calculado pela creatinina sérica**) – dos últimos três meses;
 - Cópia do **laudo de Biópsia Hepática e/ou Cópia do laudo de Elastografia Hepática e/ou cálculo de APRI e/ou FIB4** (incluir no relatório médico);
 - **Casos de diagnóstico clínico e laboratorial de cirrose hepática (quando não possuem biópsia hepática ou elastografia hepática)**:
 - Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdome que contenha descrição de sinal(is) de cirrose hepática;
 - Endoscopia Digestiva Alta (varizes esofágicas);
 - **Diagnóstico de Manifestações Extra-Hepáticas**: Relatório Médico e cópia de exames específicos ou documentos (laudos) que comprovem a doença;
 - Formulário de autorização de retirada, quando disponível.
- Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G. e Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.
- Cópia do comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) ou **declaração de residência em nome do paciente**, semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.
- Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S) MEDICAMENTO(S)

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceitos os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!