



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

HEPATITE VIRAL CRÔNICA “B” SEM AGENTE DELTA

INTERFERON-ALFA, LAMIVUDINA, ADEFOVIR, ENTECAVIR E TENOFOVIR

Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão.

Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**

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 mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:

- Hemograma completo, T.G.O. (A.S.T.) e T.G.P. (A.L.T.), T.A.P., Bilirrubinas Totais e frações, Albumina, creatinina, glicemia de jejum
- HBsAg, HBeAg, Anti-HBe
- Anti-HCV e Anti-HIV
- Teste quantitativo para HBV (para pacientes com HBsAg (+), TGP (ALT) elevada e HBe Ag (-)
- β-HCG (para mulheres em idade fértil)
- T.S.H. (para pacientes em avaliação para uso de INTERFERON)
- Biópsia hepática (facultativa)

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) 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 aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.

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