

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Hepatite B e Coinfecções

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Exames necessários para abertura e continuidade de processo para:

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>HEPATITE B E COINFEÇÕES (Protocolo MS)</p> <p>Alfapeginterferona 2a 180mcg F/A</p> <p>Alfapeginterferona 2b 80mcg, 100mcg e 120 mcg F/A</p> <p>Entecavir 0,5mg comp.</p> <p>Lamivudina 150mg comp. e sol. Oral 10mg/mL <u>(somente na indisponibilidade de entecavir para tratamento profilático e fornecimento máximo de 4 meses)</u></p> <p>Tenofovir 300mg comp.</p>	<p>Para Alfapeginterferona: - Hemograma Completo, TGO, TGP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, TSH, T4 livre, glicemia jejum, - Beta HCG atual (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) (para mulheres em idade fértil: 10 a 49 anos).</p> <p>Para Entecavir: - Hemograma Completo, TGO, TGP, creatinina, bilirrubina, albumina, TAP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, Beta HCG (para mulheres em idade fértil: 10 a 49 anos); E - Para pacientes HBsAg positivo, HBeAg não reativo e com TGP maior que 2x o valor superior da normalidade: HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B); E - Endoscopia Digestiva Alta OU Biópsia hepática OU Ultrassom de abdômen OU Laudo médico indicando que o paciente apresenta sinais clínicos de cirrose OU Laudo médico indicando comorbidades como: Hipertensão arterial, Diabetes ou uso concomitante de drogas com potencial nefrotóxico (validade 90 dias).</p> <p>Para Lamivudina: - Hemograma Completo, Creatinina, TGO, TGP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B); - Laudo médico justificando a necessidade de tratamento profilático (validade 90 dias);</p> <p>Para Tenofovir: - Hemograma Completo, Creatinina, TGO, TGP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B).</p> <p>OBS.: Os Exames sorológicos HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, HBV-DNA: tem validade de 1 ano.</p>	<p>Para Alfapeginterferonas (fornecimento máximo de 48 semanas): - Hemograma Completo, TGO, TGP, Glicemia de Jejum, TSH e T4 livre. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Tenofovir: - Creatinina, Clearence Estimado de Creatinina, TGO e TGP. Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses, e após, semestral.</p> <p>Para Entecavir: -TGO e TGP. Periodicidade: Semestral.</p>	<p>B18.0 B18.1</p> <p>Gastroenterologista Infectologista</p>

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* _____ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* _____ cm

1	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

SIM. Relatar:

NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

Branca Amarela

Preta Indígena. Informar Etnia: _____

Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente _____

21- Número do documento do paciente _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____