

**Documentação necessária para abertura de processos de medicamentos do Componente Especializado – Hepatite Viral C**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual
- 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.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

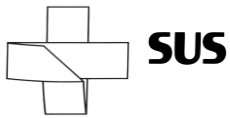
**Exames necessários para abertura de processo e monitorização**

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p><b>HEPATITE VIRAL C E COINFEÇÕES (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Alfaepoetina 10.000 UI F/A</b></p> <p><b>Alfapeginterferona 2a 180mcg F/A</b></p> <p><b>Filgrastim 300mcg F/A</b></p> <p><b>Ribavirina 250mg cáps.</b></p> <p><b>Sofosbuvir 400 mg comp.</b></p> <p><b>Ledipasvir + sofosbuvir (90+400mg) – comp;</b></p> <p><b>Glecaprevir + pibrentasvir (100 + 40mg) comp; (ainda não disponibilizado pelo MS)</b></p> <p><b>Sofosbuvir + velpatasvir (400 + 100 mg) comp.</b></p> <p>*Atualizado em 31/10/19</p>	<p><b>Para todos os pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cópia do exame de HCV-RNA quantitativo (realizado nos últimos 12 meses);</li> <li>- Cópia do exame de genotipagem (realizado em qualquer tempo);</li> <li>- Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição de estadiamento da doença hepática por FIB4 ou APRI ou elastografia hepática ou biópsia hepática.</li> </ul> <p><u>- Para pacientes com cirrose, também:</u> Relato médico com a descrição do <i>score</i> de Child-Pugh.</p> <p><u>Para os casos de pacientes com doença renal crônica grave, também:</u> Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do <i>clearance</i> de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)</p> <p><u>Para os casos de pacientes que fizeram uso prévio de antivirais de ação direta, também:</u> Relato médico descrevendo o esquema terapêutico e tempo de tratamento com anti-virais de ação direta (DAA), utilizado previamente.</p> <p><b>Observação: Mulheres em idade fértil devem apresentar βHCG no momento da primeira dispensação.</b></p>	<p><b>Para Ribavirina em tratamento acima de 12 semanas:</b></p> <p>Exame laboratorial: Hemograma, TGO, TGP, uréia, creatinina (ou clearance de creatinina).</p> <p><b>Periodicidade:</b> na 12ª semana</p>	<p><b>B17.1 (Aguda)</b></p> <p><b>B18.2 (Crônica)</b></p> <p>Gastroenterologista Infectologista</p>

**NOTA:**

- O preenchimento completo do LME é imprescindível à abertura e continuidade do processo;
- As informações sobre a clínica do paciente podem estar descritas no próprio LME ou em laudo médico a parte;
- Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

**OBS: PARA A DISPENSAÇÃO DO ALFAINTERFERONA 2B, ALFAEPOETINA E FILGRASTIM É NECESSÁRIO TRAZER CAIXA DE ISOPOR PARA PRESERVAÇÃO DE SUA QUALIDADE DURANTE O TRANSPORTE, SEM A MESMA NÃO SERÁ POSSÍVEL ENTREGAR O MEDICAMENTO.**



**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		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				
9- CID-10*		10- Diagnóstico		
11- Anamnese*				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NÃO				
13- <b>Atestado de capacidade*</b> 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? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento				
14- Nome do médico solicitante*			Nome do responsável	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*			17- Assinatura e carimbo do médico*	
16- Data da solicitação*				
18- <b>CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*</b> : <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____				
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação			20- Telefone(s) para contato do paciente	
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
22- Correio eletrônico do paciente				

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO