

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: HEPATITE B E COINFECÇÕES
CID: B18.1
Produto: ALFAPEGINTERFERONA 2B 100 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de TSH	Sim	Sim
Cópia do exame de HBeAg	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg ou HBV-DNA, realizado há mais de seis meses (exceto para pacientes com indicação de prevenção de reativação viral em caso de futura terapia imunossupressora ou quimioterapia)	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, e caso seja necessário, descrição clínica de uma condição do paciente contemplada no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do MS, como: História familiar de hepatocarcinoma/carcinoma hepatocelular; Manifestações extra-hepáticas com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliarterite nodosa; Reativação de hepatite B crônica; Prevenção de reativação viral em caso de futura terapia imunossupressora ou quimioterapia; Cirrose descompensada clinicamente; Resistência ao tratamento com entecavir ou tenofovir; Paciente em uso atual de lamivudina ou adefovir	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.

Exames

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de anti-HIV

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: HEPATITE B E COINFECÇÕES

CID: B18.1

Produto:

Exames

Cópia do exame de HBV- DNA

Cópia do laudo de biópsia hepática ou elastografia hepática