

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

PCDT: HEPATITE C CRÔNICA E COINFECÇÕES
CID: B18.2
Produto: SIMEPREVIR 150 MG CAP GRUPO 1.A, DACLATASVIR 60 MG COMP REV GRUPO 1.A, SOFOSBUVIR 400 MG COMP REV 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 Genotipagem do HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HCV-RNA (exame com validade de até 12 meses anteriores à solicitação do medicamento)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
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 de coagulograma
Cópia do exame de anti-HCV há mais de seis meses
Cópia do exame de anti-HIV
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Direta
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Indireta
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica
Cópia do exame de Hemograma completo

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

PCDT: HEPATITE C CRÔNICA E COINFEÇÕES

CID: B18.2

Produto:

Exames

Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)

Cópia do laudo de Biópsia hepática

Cópia do laudo de Elastografia hepática

Documentos

Laudo médico e/ou exames comprobatórios (quando aplicável) das condições clínicas associadas a Hepatite C Crônica que caracterizam a indicação de tratamento (ex: varizes de esôfago, ascite, manifestações extra-hepáticas...)