

ALFAPEGINTERFERONA – Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções

2A 180 mcg – seringa preenchida

Portaria SCTIE/MS nº 47, de 02 de dezembro de 2016 (Portaria na Íntegra)

Informações

CIDs: B18.0, B18.1

Quantidade máxima mensal: 5 seringas ou frascos-ampola

Grupo de Financiamento: 1A

Documentação Necessária

1º Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - CPF.
4. Cópia dos exames:
 - Carga viral do HCV,
 - Genotipagem
 - Exames do grau de fibrose (não é obrigatório)
5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

Renovação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
 - Carga viral do HCV,
 - Genotipagem
 - Exames do grau de fibrose (não é obrigatório)