

DACLASTAVIR - Hepatite Viral C e Coinfecções

60 mg e 30mg

Portaria nº 13, de 13 de março de 2018 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: B18.2

Quantidade máxima mensal: 28 cartelas

Grupo de Financiamento: 1A

Observações: Idade mínima– 12 anos

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).
4. Cópia dos exames:
 - Exame de HCV-RNA quantitativo realizado até 12 meses, antes da solicitação dos medicamentos.
 - Genotipagem do HCV (realizada em qualquer momento)
 - Teste β -HCG para mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos.
 - Para os casos de coinfeção HCV/HIV: Cópia da ficha de notificação de AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
5. Não é necessário apresentar termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Renovação

Para tratamentos com duração de 24 semanas:

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. Não são exigidos exames de monitoramento.
 - 1.