

# 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  $\beta$ -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.