

# RIBAVIRINA - Hepatite Viral C e Coinfecções

250 mg – cápsula

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

## Informações

**CIDs:** B17.1, B18.2

**Quantidade máxima mensal:** 155 cápsulas

**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. Receita de Controle Especial em duas vias ou Receituário Simples 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:  
Hepatite C Aguda (CID-10 B17.1):
  - Exame HCV-RNA quantitativo realizado até 90 dias após o início dos sintomas ou da data de exposição;
  - Genotipagem: realizada até 90 dias após o início dos sintomas ou da data de exposição (obrigatório subgenotipagem para genótipo 1);
  - $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) para mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização;

#### PARA OS CASOS DE COINFECÇÃO HCV/HIV

- Cópia da ficha de notificação de HIV/AIDS do Sinan.

#### Hepatite C Crônica (CID-10 B18.2):

- Exame HCV-RNA quantitativo realizado nos últimos 12 meses;
- Genotipagem: em qualquer momento (obrigatório subgenotipagem para genótipo 1);
- $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) para mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização;
- Adicionalmente:

### **PARA OS CASOS DE CIRROSE HEPÁTICA**

O estadiamento poderá ser realizado por qualquer um dos métodos abaixo:

- Cálculo dos escores APRI ou FIB4;
- Elastografia hepática em qualquer momento;
- Biópsia hepática em qualquer momento.

### **PARA OS CASOS DE COINFEÇÃO HCV/HIV**

- Número da ficha de notificação de HIV/AIDS do Sinan.

5. Não é obrigatório o preenchimento do 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. Receita de Controle Especial, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente).
3. Não são exigidos exames de monitoramento.