

# VELPATASVIR + SOFOSBUVIR - Hepatite Viral C e Coinfecções

Velpatasvir 100 mg + Sofosbuvir 400 mg - por comprimido

## Informações

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

**Quantidade máxima mensal:** 31

**Observações:** Idade mínima– 18 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);
  - CPF.

4. Cópia dos exames:

#### **Para todos os pacientes:**

- Cópia do exame de HCV-RNA quantitativo (realizado nos últimos 12 meses);
- Cópia do exame de genotipagem (realizado em qualquer tempo);
- Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição de estadiamento da doença hepática por FIB4 ou APRI ou elastografia hepática ou biópsia hepática.

**Observação:** Mulheres em idade fértil devem apresentar  $\beta$ HCG no momento da primeira dispensação, ou seja não e mais obrigatório para a abertura do processo.

#### **Para os casos de pacientes com cirrose, também:**

- Relato médico com a descrição do score de Child-Pugh e resultado dos seguintes exames: bilirrubina, tempo de protrombina, albumina.

#### **Para os casos de pacientes com doença renal crônica grave, também:**

- Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do *clearance* de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
- **Para os casos de pacientes que fizeram uso prévio dos medicamentos Sofosbuvir, Daclatasvir, Simeprevir, Ombitasvir/veruprevir/ritonavir/dasabuvir , também:**

- Relato médico descrevendo o esquema terapêutico e tempo de tratamento utilizado previamente

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.

Velpatasvir + Sofosbuvir - Hepatite Viral C e Coinfecções