



Documentos e Exames OBRIGATÓRIOS para solicitação dos medicamentos para o tratamento da Hepatite C e Coinfecções, conforme Portaria SCTIE/MS nº 33, de 31 de agosto de 2017.

1 Para comprovação à indicação ao tratamento

- Biópsia hepática com resultado METAVIR \geq F2, realizada em qualquer momento **OU**
- Elastografia hepática com resultado compatível com METAVIR \geq F2 (realizada em qualquer momento) **OU**
- Escores APRI ou FIB4, acompanhado dos resultados dos exames AST, ALT e contagem de plaquetas (validade até 3 meses antes da solicitação do medicamento) **OU**
- Ultrassonografia, tomografia ou ressonância de abdome superior com sinais sugestivos de cirrose hepática ou hipertensão portal (esplenomegalia, ascite, circulação colateral, dilatação da veia porta) realizadas em qualquer momento **OU**
- Endoscopia digestiva alta com sinais sugestivos de hipertensão portal (varizes de esôfago e/ou gastropatia hipertensiva), realizada em qualquer momento **OU**
- Relatório médico e exames que comprovem a indicação do tratamento (para tratamentos independentes de fibrose hepática).

2 Solicitação de medicamentos:

2.1 Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir, Alfapeginterferona e Ribavirina:

- LME completamente preenchido;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;
- Nº da Ficha de Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - HCV
- Cópia do exame de HCV-RNA quantitativo nos últimos 12 meses;
- Cópia do exame de Genotipagem do HCV (realizada em qualquer momento);
- Cópia do exame de β -HCG para mulheres em idade fértil (realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos) ou documento de esterilização;
- Cópia do exame de Hemograma completo (validade até 3 meses antes da solicitação do medicamento);
- Cópia do exame de Creatinina sérica (validade até 3 meses antes da solicitação do medicamento);
- Cópia do exame de ALT (validade até 3 meses antes da solicitação do medicamento);
- Relatório médico constante do uso ou não de antiarrítmicos (amiodarona ou digoxina);
- Relatório médico com classificação de Child e exames comprobatórios (quando aplicável);

2.2 Alfapeginterferona, acrescentar:

- Cópia dos exames de TSH e T4 Livre (validade até 3 meses antes da solicitação do medicamento);

2.3 Ombitasvir/Ombitasvir/Veruprevir/Ritonavir/Dasabuvir (3D), acrescentar:

- Relatório médico constante do não uso ou interrupção de Anticoncepcional Oral (etinilestradiol) e/ou Genfibrozila;

2.4 Para pacientes Coinfectados HCV/HIV, acrescentar:

- Nº da Ficha de Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - HIV;
- Relatório Médico descrevendo a Terapia Antirretroviral;
- Depuração de creatinina inferior a 30 mL/min (este apenas nas solicitações do 3D).

3 Manejo dos efeitos adversos:

3.1 Filgrastim:

- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina

3.2 Alfaepoetina:

- Cópia do exame de contagem de Neutrófilos Totais