



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**DIRETORIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO**

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
**HEPATITE VIRAL C**

DOCUMENTOS	
<input type="checkbox"/> LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME)	<input type="checkbox"/> CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
<input type="checkbox"/> CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE	<input type="checkbox"/> RECEITA MÉDICA
<input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO ESPECÍFICO: HEPATITE C - VERSÃO 2019

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR TERCEIROS:
<input type="checkbox"/> <b>PARA RESPONSÁVEL DO PACIENTE INCAPAZ, DECLARADO PELO MÉDICO NO LME:</b> CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E TELEFONE PARA CONTATO.
<input type="checkbox"/> <b>PARA REPRESENTANTE DO PACIENTE:</b> PROCURAÇÃO COM PODER OUTORGADO PELO PACIENTE, ASSINADA E REGISTRADA EM CARTÓRIO; CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E TELEFONE PARA CONTATO.

EXAMES GERAIS
<input type="checkbox"/> HCV-RNA QUANTITATIVO (REALIZADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES)
<input type="checkbox"/> GENÓTIPO DO HCV (REALIZADO A QUALQUER MOMENTO)
<input type="checkbox"/> BETA HCG (PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL) - EXIGIDO SOMENTE PARA A PRIMEIRA DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO (VALIDADE 15 DIAS)

PARA PACIENTES CIRRÓTICOS: EXAMES PARA AVALIAR A DURAÇÃO DO TRATAMENTO SOLICITADO
<input type="checkbox"/> BIÓPSIA HEPÁTICA - (REALIZADAS EM QUALQUER MOMENTO); OU
<input type="checkbox"/> EXAMES ALT, AST E CONTAGEM DE PLAQUETAS (REALIZADOS ATÉ 6 MESES ANTES DA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS); OU
<input type="checkbox"/> ELASTOGRAFIA HEPÁTICA (REALIZADA EM QUALQUER MOMENTO); OU
<input type="checkbox"/> ULTRASSOM DE ABDOME SUPERIOR (REALIZADO EM QUALQUER MOMENTO); OU
<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (REALIZADO EM QUALQUER MOMENTO).

PARA PACIENTES COM CIRROSE DESCOMPENSADA (CHILD-PUGH B ou C), ANEXAR:
<input type="checkbox"/> BILIRRUBINA TOTAL <input type="checkbox"/> ALBUMINA <input type="checkbox"/> RNI    (REALIZADOS ATÉ 3 MESES ANTES DA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS)

PARA TERAPIAS QUE INCLUAM RIBAVIRINA OU ALFAPEGINTERFERONA, ANEXAR:
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO (REALIZADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES)

PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA:
<input type="checkbox"/> DEPURAÇÃO/CLEARANCE DE CREATININA (REALIZADO ATÉ 6 MESES ANTES DA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS); <u>OU</u>
<input type="checkbox"/> CREATININA SÉRICA (REALIZADO ATÉ 6 MESES ANTES DA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS); <u>OU</u>
<input type="checkbox"/> COMPROVAÇÃO DE DIÁLISE EM RELATÓRIO MÉDICO

DATA:	LOCAL:
-------	--------

_____ NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA
---



CÓD.DMAC

SES/MG -