

ALFAPEGINTERFERONA

Hepatite Viral C e Coinfecções

Portaria nº 84, de 19 de dezembro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 2A 180 mcg – seringa preenchida

CID contemplados: B17.1, B18.2

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 5 seringas ou frascos-ampola
- Para faturamento (SIGTAP): 5 seringas ou frascos-ampola

Grupo de financiamento: 1A

Observações:

Disponível apenas para paciente entre 3 a 11 anos
Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª 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.
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. [Relatório médico específico para Hepatite C Crônica – modelo padrão SES/SP.](#)

ALFAPEGINTERFERONA - HEPATITE VIRAL C E COINFECÇÕES (Atualizado em 21/12/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identidade;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

5. Cópia dos exames:

Hepatite C Aguda (CID-10 B17.1) e crônica (CID-10 B18.2):

- Exame HCV-RNA quantitativo realizado nos últimos 12 meses;
- Genotipagem (realizado em qualquer tempo);
- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) para mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da PRIMEIRA DISPENSAÇÃO dos medicamentos ou documento de esterilização;
- Adicionalmente:
PARA PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA GRAVE (com depuração de creatinina inferior a 30mL/min)
 - Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Renovação da Continuidade

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 (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
3. Cópia dos exames:
 - Não são exigidos exames de monitoramento.

ALFAPEGINTERFERONA - HEPATITE VIRAL C E COINFECÇÕES (Atualizado em 21/12/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.

ALFAPEGINTERFERONA - HEPATITE VIRAL C E COINFECÇÕES (Atualizado em 21/12/2022)

