

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO – DUT 28

CID:

INDICAÇÃO CLÍNICA

JUSTIFICATIVA CLÍNICA:

Caracterização da fase replicativa da infecção pelo HBV:

HBeAg negativo

Paciente cirrótico

Paciente com coagulopatia

Avaliação para início de tratamento

Avaliação inicial pré-tratamento:

HBsAg positivo

ALT elevada

HBeAg negativo

Monitoramento pós-tratamento:

Paciente com cepa mutante pre-core

1º ano de acompanhamento (a cada 6 meses)

Após 1º ano (anualmente)

Observações adicionais:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Pedido médico com:

- Justificativa clínica detalhada.
- Hipótese diagnóstica ou condição clínica.
- Indicação do teste quantitativo de Hepatite B (geralmente carga viral de HBV-DNA).

2. Exames prévios, como:

- Resultado de **HBsAg positivo**.
- Resultado de **HBeAg negativo** (quando aplicável).
- **ALT elevada** (transaminase).
- Outros exames laboratoriais que indiquem necessidade de avaliação da fase replicativa ou monitoramento do tratamento.

3. Relatório médico com:

- Histórico clínico do paciente.
- Indicação de cirrose, coagulopatias ou suspeita de cepas mutantes (pre-core).
- Avaliação para início ou acompanhamento de tratamento antiviral.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 28 da ANS para cobertura do procedimento de **HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO**.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____