

**FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT**  
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIO**

Nome:

Cartão:

Telefone:

**PRESTADOR**

Nome:

Telefone:

**PROCEDIMENTO**

**HEPATITE C - GENOTIPAGEM- DUT 29**

CID:

**INDICAÇÃO CLÍNICA**

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (Grupo I)**

(Assinale os critérios que se aplicam ao paciente – pelo menos um deve ser preenchido)

- Hepatite viral aguda C
- Hepatite viral crônica C com:
  - Idade entre 12 e 70 anos
  - Contagem de plaquetas > 50.000/mm<sup>3</sup>
  - Contagem de neutrófilos > 1.500/mm<sup>3</sup>

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (Grupo II)**

(Nenhum dos critérios abaixo deve estar presente)

- Tratamento prévio com interferon peguilado (com ou sem ribavirina)
- Consumo abusivo de álcool nos últimos 6 meses
- Hepatopatia descompensada
- Cardiopatia grave
- Doença da tireoide descompensada
- Neoplasias
- Diabetes mellitus tipo I de difícil controle
- Convulsões não controladas
- Imunodeficiências primárias

Controle contraceptivo inadequado

Gravidez (beta-HCG positivo)

#### EXAMES COMPLEMENTARES

Biópsia hepática realizada nos últimos 2 anos:

Sim  Não

Se sim, resultado: \_\_\_\_\_

Outros exames relevantes: \_\_\_\_\_

#### JUSTIFICATIVA MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DA GENOTIPAGEM

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Relatório médico com justificativa clínica detalhada
2. Resultado recente da carga viral do HCV (RNA-HCV quantitativo)
3. Exame de creatinina sérica ou clearance de creatinina (se houver suspeita de doença renal crônica)

#### Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 29 da ANS para cobertura do procedimento de HEPATITE C - GENOTIPAGEM.

Assinatura/carimbo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_