

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Última revisão: 17/06/2022)

### PCDT: IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE DE OUTROS ÓRGÃOS E TECIDOS CID 10: Z94.8

#### 1. Medicamentos

Alfaepoetina 4.000 UI
Alfaepoetina 10.000 UI
Azatioprina 50mg (por comprimido)
Ciclosporina 10mg (por cápsula)
Ciclosporina 25mg (por cápsula)
Ciclosporina 50mg (por cápsula)
Ciclosporina 100mg (por cápsula)
Ciclosporina 100mg/ml sol. oral (por frasco)
Filgrastim 300mg
Metilprednisolona 500mg sol. Injetável (por ampola)

#### 2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

##### 2.1 Documentos pessoais;

<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Carteira de Identidade – RG</li><li>✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF</li><li>✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS</li><li>✓ Comprovante de Residência com CEP</li><li>✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).</li></ul>
--

##### 2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;

###### SOLICITAÇÃO INICIAL

<ul style="list-style-type: none"><li>( ) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>( ) <b>Notificação de Receita</b>, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</li><li>( ) <b>Laudo Médico</b>. Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os tratamentos prévios já realizados;</li><li>( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b>.</li></ul>
--

###### RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

<ul style="list-style-type: none"><li>( ) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>( ) <b>Notificação de Receita</b>, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</li><li>( ) <b>Laudo Médico</b>, Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.</li></ul>
--

##### 2.3 Exames Obrigatórios

###### SOLICITAÇÃO INICIAL

###### Para Filgrastim

( ) Cópia do exame de Hemograma completo
--

O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.
---

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.
--

### **3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

### **4. Para receber os medicamentos**

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

### **5. Observações:**

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas;
4. A depender da situação clínica do paciente, exames/documentos adicionais poderão ser solicitados para que a avaliação seja concluída

**SE POR ALGUM MOTIVO NÃO USAR O MEDICAMENTO, DEVOLVA AO NÚCLEO DE GESTÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.**