

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 21/06/2023)**PCDT:** Anemia Hemolítica Autoimune  
**CID 10:** D59.0; D59.1**1. Medicamentos**

Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)  
Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)  
Ciclosporina 25 mg (por cápsula)  
Ciclosporina 50 mg (por cápsula)  
Ciclosporina 100 mg (por cápsula)  
Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml)

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais;**

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios;

**2.3 Exames:****SOLICITAÇÃO INICIAL****OBRIGATÓRIOS**

- ( ) Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma);
- ( ) Cópia do teste de Coombs direto (TCD).

**APRESENTAR AO MENOS UM DOS TRÊS**

- ( ) Cópia do exame de contagem de Reticulócitos;
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Desidrogenase láctica (DHL);
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Haptoglobina.

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



### RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

#### Para todos os medicamentos:

( ) Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma);

#### Para Ciclofosfamida:

( ) Cópia da dosagem de Alanina aminotransferase - ALT ( TGP);

( ) Cópia da dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);

( ) Cópia da dosagem de GAMA-GT;

( ) Cópia da dosagem de bilirrubinas;

#### Para Ciclosporina:

( ) Cópia do exame de Creatinina Sérica;

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Hematologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto 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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 27, de 26 de novembro de 2018.

Para o recebimento de **IMUNOGLOBULINA HUMANA** trazer caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**