

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 30/06/2023)**PCDT:** Síndrome de Falência Medular**CID 10:** D60.0; D60.1; D60.8; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D70; Z94.8 (IPEP)**1. Medicamentos**

Ciclofosfamida 50mg	CID 10: D60.0; D60.1; D60.8	
Ciclosporina 100mg/ml (solução oral) Ciclosporina 25mg (por cápsula) Ciclosporina 50mg (por cápsula) Ciclosporina 100mg (por cápsula)	CID 10: D60.0; D60.1; D60.8; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; Z94.8 (IPEP)	
Eltrombopague 25mg (por comprimido)		CID 10: D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8
Eltrombopague 50mg (por comprimido)		
Filgrastim 300mcg (solução injetável)		CID 10: D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D 70; Z94.8
Imunoglobulina humana 5g	CID 10: D60.0; D60.1; D60.8	

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 deseje 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; () Laudo Médico: descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias. () 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 do(s) medicamento(s) utilizado(s) pelo paciente nos últimos 30 dias, e se paciente possui outra(s) doença(s) concomitante(s);

2.3 Exames Obrigatórios;

SOLICITAÇÃO INICIAL (continua no verso) Para todos os medicamentos: () Cópia do exame das sorologias para HIV () Cópia do exame de cariotipagem () Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato) () Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 () Cópia do exame de Fator Reumatóide () Cópia do exame de Hemograma completo

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673

<input type="checkbox"/> Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) <input type="checkbox"/> Cópia do exame histopatológico <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Biópsia de medula óssea <input type="checkbox"/> Cópia do mielograma/medulograma <input type="checkbox"/> Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea <input type="checkbox"/> Cópia do teste de sorologia para Hepatite B <input type="checkbox"/> Cópia do teste de sorologia para Hepatite C	
Para Ciclofosfamida, Ciclosporina e Eltrombopague <input type="checkbox"/> Cópia do exame de contagem de Reticulócitos	Para Imunoglobulina Humana <input type="checkbox"/> Cópia do exame de contagem de Reticulócitos <input type="checkbox"/> Cópia do teste de sorologia para parvovírus B19
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.	
Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
Para todos os medicamentos <input type="checkbox"/> Cópia do exame de contagem de Reticulócitos; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma;	
Para Ciclosporina <input type="checkbox"/> Cópia do exame de creatinina <input type="checkbox"/> Cópia do exame de ureia <input type="checkbox"/> Cópia do exame de sódio <input type="checkbox"/> Cópia do exame de potássio <input type="checkbox"/> Cópia do exame de magnésio	Para Eltrombopague <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Gama-GT (gama glutamil transferase) <input type="checkbox"/> Cópia do exame de fosfatase alcalina <input type="checkbox"/> Cópia do exame de bilirrubinas

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, 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 Conjunta nº. 23, de 04 de novembro de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome de Falência Medular**.

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva ao COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA