

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 26/06/2023)**PCDT: DOENÇA DE GAUCHER**
CID 10: E75.2**1. Medicamentos**

Alfataliglicerase 200 U (pó para solução injetável)
Alfataliglicerase 400 U (pó para solução injetável)
Imiglucerase 400 U injetável (por frasco-ampola)
Miglustate 100 mg (por cápsula)

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**, com descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença;
- () **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;
- () **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

2.3 Exames Obrigatórios:**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () Cópia do exame hemograma com contagem de Plaquetas;

Apresentar ao menos um dos exames listados abaixo):

- () Cópia da dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos ou fibroblastos;
- () Cópia do exame de análise molecular do Gene GBA1.

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.



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

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- Cópia do exame de hemograma com contagem de Plaquetas;
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO);
- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica;
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase);
- Cópia do exame de Tempo de protombina

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam a **especialidade correspondente à patologia**, regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço 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 4, de 22 de junho de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Doença de Gaucher**.

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