

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 26/02/2024)**PCDT: HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR**  
**CID 10: I27.0, I27.2, I27.8****1. Medicamentos**

Ambrisentana 5 mg (por comprimido)  
Ambrisentana 10 mg (por comprimido)  
Bosentana 62,5 mg (por comprimido)  
Bosentana 125 mg (por comprimido)  
Iloprostá 10 mcg/mL solução para nebulização (ampola de 1 mL)  
Sildenafil 20 mg (por comprimido)  
Selexipague 200 mcg (por comprimido)  
Selexipague 1000 mcg (por comprimido)  
Selexipague 1200 mcg (por comprimido)  
Selexipague 1400 mcg (por comprimido)  
Selexipague 1600 mcg (por comprimido)

**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**, evolução clínica do paciente; classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013); descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS e medicamentos em uso e os já utilizados
- ( ) **Anexo I** - Classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013);
- ( ) **Anexo II** - Classificação da NYHA/OMS: descrição da classe funcional da HAP;
- ( ) **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**, descrevendo evolução clínica do paciente e medicamentos em uso e os já utilizados;

**2.3 Exames Obrigatórios**

**SOLICITAÇÃO INICIAL (VIDE VERSO)****Para todos os medicamentos exceto selexipague:**

- Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito;
- Cópia de laudo do teste de caminhada de 6 minutos.
- Cópia laudo de cateterismo cardíaco direito
- Cópia do exame de anti-HCV
- Cópia do exame de anti-HIV
- Cópia do exame de Fator Reumatóide
- Cópia do exame de gasometria arterial
- Cópia do exame de HBsAg
- Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
- Cópia do exame parasitológico de fezes
- Cópia do laudo de cintilografia de inalação/perfusão
- Cópia do laudo de Ecocardiograma
- Cópia do laudo de prova função pulmonar
- Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do tórax
- Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen
- Cópia do teste de anticorpos anti-DNA
- Cópia do teste de anti-HBC (IgG)

**Para ambrisentana:**

- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;
- Cópia do Hemograma completo;
- Cópia do exame de AST/ TGO;
- Cópia do exame de ALT/TGP).

**Para bosentana:**

- Cópia do exame de AST/ TGO;
- Cópia do exame de ALT/TGP;
- Cópia do Hemograma completo;

**Para Selexipague:**

- Cópia do laudo do cateterismo cardíaco direito.

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

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES****Para ambrisentana:**

- Cópia do exame de AST/ TGO;
- Cópia do exame de ALTTGP).

**3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na 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.



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

### **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 SAS/MS N° 35, de 16 de janeiro de 2014, republicada em 06 de junho de 2014 e 23 de setembro de 2014 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Hipertensão arterial pulmonar**.

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