

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 31/07/2024)**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 400 mcg (por comprimido);
Selexipague 600 mcg (por comprimido);
Selexipague 800 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 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;
- () **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 E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

- () **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

Para todos os medicamentos:

- () Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito;
- () Cópia de laudo do teste de caminhada de 6 minutos.

Para ambrisentana e bosentana:

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

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** os pacientes **devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes**, 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 SAS/MS Nº 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**.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

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