

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 31/07/2024)**PCDT: IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO**
CID 10: Z94.4; T86.4**1. Medicamentos**

| | |
|--|---|
| Azatioprina 50mg (por comprimido) | Micofenolato de mofetila 500mg (por comprimido) |
| Ciclosporina 25mg (por cápsula) | Micofenolato de sódio 180mg (por comprimido) |
| Ciclosporina 50mg (por cápsula) | Micofenolato de sódio 360mg (por comprimido) |
| Ciclosporina 100mg (por cápsula) | Tacrolimo 1mg (por cápsula) |
| Ciclosporina 100mg/ml sol. oral (por frasco) | Tacrolimo 5mg (por cápsula) |
| Everolimo 0,5mg (por comprimido) | |
| Everolimo 0,75mg (por comprimido) | |
| Everolimo 1,0mg (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**. Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os tratamentos prévios já realizados;
- () **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**, Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada**, **doentes transplantados de fígado devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático para sua adequada inclusão no PCDT e acompanhamento**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.



4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde 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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas;
4. A depender da situação clínica do paciente, exames/documentos adicionais poderão ser solicitados para que a avaliação seja concluída

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