

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(última atualização: 30/06/2023)**PCDT: SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO**  
**CID 10: D46.0, D46.1, D46.4, D46.7****1. Medicamentos**

Alfaepoetina (solução injetável ou pó para solução injetável contendo 10.000 UI); Filgrastim (solução injetável contendo 300 mcg);
---

**2. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS (ORIGINAL E CÓPIA)****2.1 DOCUMENTOS PESSOAIS**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Carteira de Identidade – RG</li><li>• Cadastro de Pessoa Física – CPF</li><li>• Cartão Nacional de Saúde – CNS</li><li>• Comprovante de Residência com CEP</li><li>• Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).</li></ul> |
|--|

**2.2 DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- |   |
|---|
| <p>( ) <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>( ) <b>Notificação de Receita</b>, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>( ) <b>Descrição clínica detalhada</b> Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente, que apresente dados da investigação por anamnese e exame físico, incluindo, por exemplo, relato de características dismórficas (sugerindo falência medular congênita), infecção, hematoma ou sangramento ativos;</p> <p>( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</b></p> |
|---|

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- |  |
|--|
| <p>( ) <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>( ) <b>Notificação de Receita</b>, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>( ) <b>Laudo Médico</b>, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.</p> |
|--|

**2.3 EXAMES OBRIGATÓRIOS****SOLICITAÇÃO INICIAL (continua no verso)**

- |  |
|--|
| <p>( ) Cópia da dosagem de Fósforo</p> <p>( ) Cópia de exame TSH</p> <p>( ) Cópia do exame de T4</p> <p>( ) Cópia do exame biópsia de medula óssea com coloração para reticulina</p> <p>( ) Cópia do exame anti-HBsAg</p> <p>( ) Cópia do exame anti-HCV</p> <p>( ) Cópia do exame anti-HIV</p> <p>( ) Cópia do exame de análise citogenética convencional com bandeamento G</p> <p>( ) Cópia do exame de análise morfológica do aspirado de medula óssea (500 células) para avaliação de celularidade, displasias e contagem de blastos</p> <p>( ) Cópia do exame de análise morfológica do esfregaço de sangue periférico</p> <p>( ) Cópia do exame de bilirrubinas</p> <p>( ) Cópia do exame de coloração do ferro e quantificação de sideroblastos em anel</p> |
|--|

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

- Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
- Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)
- 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 fosfatase alcalina
- Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica
- Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
- Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
- Cópia do exame de dosagem de ferro sérico
- Cópia do exame de saturação de transferrina
- Cópia do exame de Fator Reumatóide
- Cópia do exame de Hemograma completo
- Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH)
- Cópia do exame de potássio
- Cópia do exame de sódio
- Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
- Cópia do exame Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA)
- Cópia do exame de Tempo de Protrombina (TP)
- Cópia do laudo de Rx de tórax
- Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen
- Cópia do teste de sorologia para Citomegalovírus
- Cópia do teste de urina de rotina
- Cópia da dosagem de cálcio.
- Cópia da dosagem de Creatinina Sérica
- Cópia do exame de Gama GT

**RENOVAÇÃO**

- Cópia do Hemograma completo

**3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Hematologia**, 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, CPF ou Cartão Nacional do SUS e Cartão de Controle do Usuário

**5. Observações:**

- 5.1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
- 5.2. 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;
- 5.3. Regras estabelecidas pela Portaria Conjunta nº22 de 3 de novembro de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco**.

**Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.**

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