

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS (Última revisão: 15/06/2022)

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)

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:

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

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais

TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

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 ALTTGP).	Para bosentana () Cópia do exame de AST/ TGO; () Cópia do exame de ALTTGP). Para iloprostá: () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;
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 de **Pneumologia, Reumatologia ou Cardiologia**, 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**.

Se por algum motivo não usar o medicamento, devolva ao Núcleo de Gestão do Componente Especializado.