

## **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**PCDT: APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA  
CID 10: D60.0**

### **1. Medicamentos**

Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)  
Ciclosporina 100mg/ml solução oral (frasco com 50ml)  
Ciclosporina 10 mg (por cápsula)  
Ciclosporina 25 mg (por cápsula)  
Ciclosporina 50 mg (por cápsula)  
Ciclosporina 100 mg (por cápsula)  
Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)

### **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;
- ( ) Descrição clínica do hematologista informando: sinais e sintomas; medicamentos atualmente utilizados; outras doenças concomitantes a aplasia pura adquirida crônica da série vermelha; e tratamentos prévios utilizados informando há quando tempo os mesmos foram suspensos.
- ( ) **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;
- ( ) Descrição clínica do hematologista informando: sinais e sintomas; medicamentos atualmente utilizados; outras doenças concomitantes e tratamentos prévios utilizados.

### **2.3 Exames Obrigatórios;**

##### **SOLICITAÇÃO INICIAL**

###### **Para Ciclosporina e Ciclofosfamida:**

- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo;
- ( ) Cópia do exame de contagem de Plaquetas;
- ( ) Cópia do exame de contagem de Reticulócitos;
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- ( ) Cópia do laudo de Biópsia de medula óssea;
- ( ) Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do tórax;
- ( ) Cópia do exame de anti-HCV;
- ( ) Cópia do exame de anti-HIV;
- ( ) Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN).

###### **Para Imunoglobulina Humana:**

- ( ) Cópia de exame de anticorpo anti-B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral no soro por técnica de biologia molecular;
- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo;
- ( ) Cópia do exame de contagem de Plaquetas ;
- ( ) Cópia do exame de contagem de Reticulócitos;
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- ( ) Cópia do laudo de Biópsia de medula óssea;
- ( ) Cópia do laudo de tomografia computadorizada do tórax;
- ( ) Cópia do exame de anti-HCV;
- ( ) Cópia do exame de anti-HIV;
- ( ) Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN).

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
<b>Para Ciclofosfamida:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo com plaquetas; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de aspartato-aminotransferase - AST/TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de alanina- aminotransferase - ALT/TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de GGT (gamaglutamiltransferase) <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de bilirrubinas;	<b>Para Ciclosporina:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica  <b>Para Imunoglobulina Humana:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de contagem de Plaquetas ; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo 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** 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, prescrição médica atualizada, CPF ou Cartão Nacional do SUS e Cartão de Controle 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 SAS/MS nº. 449 de 29/04/2016.

### Para Imunoglobina Humana

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 À FARMÁCIA DO SUS.**