

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 30/06/2023)**PCDT: IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL**
CID 10: Z94.0; T86.1**1. Medicamentos**

Azatioprina 50mg (por comprimido)	Imunoglobulina Humana 5,0g (sol. injetável)
Ciclosporina 25mg (por cápsula)	Micofenolato de mofetila 500mg (por comprimido)
Ciclosporina 50mg (por cápsula)	Micofenolato de sódio 180mg (por comprimido)
Ciclosporina 100mg (por cápsula)	Micofenolato de sódio 360mg (por comprimido)
Ciclosporina 100mg/ml sol. oral (por frasco)	Sirolimo 1mg (por cápsula)
Everolimo 0,5mg (por comprimido)	Sirolimo 2mg (por cápsula)
Everolimo 0,75mg (por comprimido)	Tacrolimo 1mg (por cápsula)
Everolimo 1,0mg (por comprimido)	Tacrolimo 5mg (por cápsula)

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**2.1 Documentos pessoais;**

<ul style="list-style-type: none">✓ 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
<input type="checkbox"/> LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
<input type="checkbox"/> Notificação de Receita , com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
<input type="checkbox"/> 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;
<input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade .

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
<input type="checkbox"/> LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
<input type="checkbox"/> Notificação de Receita , com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
<input type="checkbox"/> Laudo Médico , Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada , 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 CEAF munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.
--



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

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

Para IMUNOGLOBULINA 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 ao
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**