Assistência FARMACÊUTICA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - MS

Superintendência de Relações Intersetoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

DOENÇA FALCIFORME

ALFAEPOETINA e HIDROXIUREIA

D57.0, D57.1 e D57.2

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico hematologista ou nefrologista.

Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS**!

2. **Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.

3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** - Via **original.**

4. **Cópia** de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:

PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:

- ✓ Eletroforese de Hemoglobina por Focalização Isoelétrica - Cromatografia Líquida de Alta Resolução HPLC (validade indeterminada) **OU**
- ✓ Detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (validade indeterminada).

PARA HIDROXIUREIA, acrescentar:

- ✓ Hemograma completo com plaquetas, reticulócitos e VCM (validade 3 meses);
- ✓ Dosagem sérica de creatinina, T.G.O. (A.S.T.) e T.G.P. (A.L.T.) (validade 3 meses);
- ✓ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV (validade 6 meses);
- ✓ Anti-HIV (validade 12 meses);
- ✓ ß-HCG para sexo feminino ≤ 55 anos ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura.

PARA ALFAEPOETINA (pacientes com 18 anos ou mais), acrescentar:

- ✓ Informação médica sobre o uso da Hidroxiureia;
- ✓ Hemograma (validade 1 mês);
- ✓ Relatório médico informando a presença de um dos critérios:
- presença de síndrome de hiper-hemólise;
- necessidade de mais de três concentrados de hemácias (CH) por ano para manter o nível de hemoglobina igual ou acima de 8,5 g/dL ;
- redução igual ou maior que 1,5 g/dL da sua hemoglobina basal documentado por exame.

5. **Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G., CPF** e **Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

6. **Cópia do comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.

PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S) MEDICAMENTO(S)

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!