Assistência FARMACÊUTICA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - MS

Superintendência de Relações Intersetoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO
AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA

TAFAMIDIS MEGLUMINA 20MG – E85.1
TAFAMIDIS 61MG – E85.0 e E85.8

1. **Via original do LAUDO MÉDICO para solicitação de medicamentos preenchida e assinada** por médico especialista neurologista , vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
   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. **Cópia** de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):
   - ✓ Relatório médico completo - classificar o estágio da neuropatia e a extensão sistêmica da doença;
   - ✓ Biópsia do órgão afetado (glândula salivar, pele ou tecido adiposo) a critério médico;
   - ✓ Teste de DNA – sequenciamento completo do gene TTR;
   - ✓ Eletromiografia;
   - ✓ Eletrocardiograma;
   - ✓ Ureia, creatinina, ácido úrico, taxa de filtração glomerular e proteinúria 24 h.
   - ➢ **Tafamidis 61mg: apresentar, adicionalmente, a classificação funcional segundo a New York Heart Association (NYHA).**
   - ➢ **Observação: O uso concomitante de Tafamidis 20 mg e Tafamidis 61 mg não é preconizado por este Protocolo**
4. **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.
5. **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.
6. Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

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

-Todos os campos deverão estar preenchidos;
-Utilizar nome genérico do (s) medicamento (s) - Não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial;
-Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações;
-Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.

https://www.saude.ms.gov.br/programas-e-projetos/assistencia-farmaceutica/

SUS