



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

### APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA – CID-10: D60.0

#### MEDICAMENTOS

- Ciclosporina 100 Mg Cap;
- Ciclosporina 100 Mg/ML Sol Oral (Fr);
- Ciclosporina 25 Mg Cap;
- Ciclosporina 50 Mg Cap;
- Ciclofosfamida 50 Mg Drágea;
- Imunoglobulina Humana 5 G Inj (Fr);

#### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

#### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO	RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)	REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório médico</b> constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; evolução da doença; Descrição clínica realizada em serviço especializado em hematologia informando: sinais e sintomas; medicamentos atualmente utilizados; outras doenças concomitantes a aplasia pura adquirida crônica da série vermelha; e tratamentos prévios utilizados informando há quanto tempo os mesmos foram suspensos;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório médico</b> constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; evolução da doença; Descrição clínica realizada em serviço especializado em hematologia informando: sinais e sintomas; medicamentos atualmente utilizados; outras doenças concomitantes a aplasia pura adquirida crônica da série vermelha; e tratamentos prévios utilizados informando há quanto tempo os mesmos foram suspensos;</li></ul>

#### OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Não se aplica

#### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

##### PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (válido 6 meses);
- Cópia do exame de contagem de Plaquetas (válido 6 meses);
- Cópia do exame de contagem de Reticulócitos (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do laudo de Biópsia de medula óssea

Além dos exames acima, para Imunoglobulina apresentar:

- Cópia de exame de anticorpo anti-B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral no soro por técnica de biologia molecular;

##### RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- A critério do avaliador

##### REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

A critério do avaliador:

- Laudo de Tomografia Computadorizada de Tórax (Último exame realizado);
- Anti-HIV (Último exame realizado);
- Anti-HCV (Último exame realizado);

- Exame do Fator anti-nuclear (FAN) (Último exame realizado);

#### OBSERVAÇÕES

- Não se aplica



Atualizado em 01/02/2023

