



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



HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA – CID-10: D59.5

MEDICAMENTOS

- Eculizumabe 10 Mg/MI Sol 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

- **LME** – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)
- **Prescrição Médica**
- **Relatório Padronizado – Eculizumabe** (Anexo I) constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico (Data do transplante); Indicação de medicamento e tempo de tratamento; características clínicas e evolução da doença; e Tratamentos prévios e outras informações pertinentes. História transfusional dos últimos seis meses.
- **Avaliação** de Qualidade de Vida do Paciente (Anexo II);
- **Questionário** De Avaliação Da História Clínica (Anexo III)
- **Cópia do cartão de vacinas** indicando vacinação contra Neisseria meningitidis – vacina meningocócica conjugada tetravalente (sorotipos ACWY) com no mínimo duas semanas antes de iniciar o tratamento com Eculizumabe.

REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- **LME** – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)
- **Prescrição Médica**
- **Relatório Médico** constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico (Data do transplante); Indicação de medicamento e tempo de tratamento; Características clínicas e evolução da doença; e Tratamentos prévios e outras informações pertinentes

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia da dosagem de Ureia (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Ferritina Sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH) (válido 6 meses);
- Cópia do exame hemograma completo e reticulócitos (válido 6 meses);
- Cópia do exame Índice de Saturação de Transferrina (IST) (válido 6 meses);
- Cópia do laudo diagnóstico por citometria de fluxo confirmatório de HPN;
- Cópia do teste direto de antiglobulina (Coombs direto);

REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES

- Não se aplica

