



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde

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

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR – CID-10: I27.0, I27.2 e I27.8

MEDICAMENTOS

- Ambrisentana 10 Mg Comp Rev;
- Ambrisentana 5 Mg Comp Rev;
- Bosentana 125 Mg Comp Rev;
- Bosentana 62,5 Mg Comp Rev;
- Iloprosta 10 Mcg/MI Sol P/ Nebul (Amp);
- Sildenafil 20 Mg Comp;

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)
• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • Prescrição Médica • Relatório Médico constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; Indicação de medicamento e tempo de tratamento; Evolução clínica do paciente; classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013); descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS e medicamentos em uso e os já utilizados.	• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • Prescrição Médica	• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • Prescrição Médica • Relatório Médico constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; Indicação de medicamento e tempo de tratamento; Evolução clínica do paciente; classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013); descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS e medicamentos em uso e os já utilizados.

OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Termo de Esclarecimento – Hipertensão Arterial Pulmonar (Anexo I)

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito
- Cópia do exame de anti-HCV (válido 6 meses)
- Cópia do exame de anti-HIV (válido 6 meses)
- Cópia do exame de Fator Reumatóide (válido 6 meses)
- Cópia do exame de gasometria arterial (válido 6 meses)
- Cópia do exame de HbsAg (válido 6 meses)
- Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) (válido 6 meses)
- Cópia do exame parasitológico de fezes (válido 6 meses)
- Cópia do laudo de cintilografia de inalação/perfusão (válido 6 meses)
- Cópia do laudo de Ecocardiograma (válido 6 meses)
- Cópia do laudo de prova função pulmonar (válido 6 meses)
- Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do tórax (válido 6 meses)
- Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen (válido 6 meses)
- Cópia do teste de anticorpos anti-DNA (válido 6 meses)
- Cópia do teste de anti-HBC (IgG) (válido 6 meses)

Além dos exames acima referidos, para Bosentana:

- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses).

Além dos exames acima referidos, para Ambrisentana:

- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses).

RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- A critério do avaliador

REAValiação (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES

- Não se aplica



Atualizado em 11/10/2023

