



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	REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none">• 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.• Termo de Esclarecimento – Hipertensão Arterial Pulmonar (Anexo I)	<ul style="list-style-type: none">• 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.

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

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

Além dos exames acima referidos, para Bosentana:

- Cópia do exame de dosagem de ALT / TGP;
- Cópia do exame de dosagem de AST / TGO;
- Cópia do exame de Hemograma completo;

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 ALT / TGP;
- Cópia do exame de dosagem de AST / TGO;
- Cópia do exame de Hemograma completo;

TODOS OS EXAMES ACIMA SERÃO VÁLIDOS POR 2 ANOS, EXCETO O B-HCG!

REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES

- Não se aplica



Atualizado em 01/11/2023