



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/ML Sol P/ Nebul (Amp) 1 ML; • Selexipague 1000 Mcg Comprimido; • Selexipague 1200 Mcg Comprimido; • Selexipague 1400 Mcg Comprimido; • Selexipague 1600 Mcg Comprimido; • Selexipague 200 Mcg Comprimido; • Selexipague 400 Mcg Comprimido; • Selexipague 600 Mcg Comprimido; • Selexipague 800 Mcg Comprimido; • 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	REAVIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • Prescrição Médica • Relatório Médico constando: descrição dos sinais e sintomas do paciente; 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)	• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • Prescrição Médica • Relatório Médico constando: descrição dos sinais e sintomas do paciente; 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 laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M); • Cópia do laudo do teste de estratificação de risco, conforme classificação funcional da HAP da OMS; <i>Além dos exames acima referidos, para Bosentana e Ambrisentana apresentar:</i> • Cópia do exame de dosagem de ALT / TGP; • Cópia do exame de dosagem de AST / TGO; • Cópia do exame de Hemograma completo;
REAVIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
• A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES
• SEM DATA DE VALIDADE para os exames acima, poderá ser entregue o último realizado.



Atualizado em 25/03/2024