



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde

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

SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO – CID-10: D46.0, D46.1, D46.4, D46.7

MEDICAMENTOS

- Alfaepoetina 10.000 Ui Sol Inj Ou Pó Liof Inj (Fr-Amp);
- Filgrastim 300 Mcg Sol Inj (Fr-Amp Ou Ser Preenc);

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)
<ul style="list-style-type: none">• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)• Prescrição Médica• Relatório Médico constando: Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente, que apresente dados da investigação por anamnese e exame físico, incluindo, por exemplo, relato de características dismórficas (sugerindo falência medular congênita), infecção, hematoma ou sangramentos ativos.	<ul style="list-style-type: none">• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)• Prescrição Médica• Relatório Médico constando: Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente, que apresente dados da investigação por anamnese e exame físico, incluindo, por exemplo, relato de características dismórficas (sugerindo falência medular congênita), infecção, hematoma ou sangramentos ativos.

OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Não se aplica;

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia da dosagem de Fósforo (válido 6 meses);
- Cópia de exame de avaliação da função tireoidiana (TSH e T4 livre) (válido 6 meses);
- Cópia do exame das sorologias para hepatite B (válido 6 meses);
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C (válido 6 meses);
- Cópia do exame das sorologias para HIV (válido 6 meses);
- Cópia do exame de contagem de Reticulócitos (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de ALT/TGP (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de AST/TGO (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Ureia sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de cálcio (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Gama GT (válido 6 meses);
- Cópia do teste de sorologia para CMV (válido 6 meses);
- Cópia do teste de urina de rotina (válido 6 meses);
- Cópia do exame de potássio (válido 6 meses);
- Cópia do exame de sódio (válido 6 meses);
- Cópia do exame de bilirrubinas (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH) (válido 6 meses);

- Cópia do exame de estudo da cinética do ferro (ferro sérico, saturação de transferrina);
- Cópia do exame biópsia de medula óssea com coloração para reticulina;
- Cópia do exame de análise citogenética convencional com bandeamento G;
- Cópia do exame de análise morfológica do aspirado de medula óssea (500 células) para avaliação de celularidade, displasias e contagem de blastos;
- Cópia do exame de análise morfológica do esfregaço de sangue periférico;
- Cópia do exame de coloração do ferro e quantificação de sideroblastos em anel;
- Cópia do exame de Eletroforese de proteínas;
- Cópia do exame de Fator Reumatóide;
- Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN);
- Cópia do exame Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) e Tempo de Protrombina (TP);
- Cópia do laudo de Rx de tórax;
- Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen;

REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES

- Não se aplica



Atualizado em 04/09/2023

