



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde

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

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR – CID-10: D60.0, D60.1, D60.8, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8

MEDICAMENTOS

- Ciclofosfamida 50 Mg Drágea;
- Eltrombopague 25 Mg Comp Rev;
- Ciclosporina 100 Mg Cap;
- Ciclosporina 100 Mg/ML Sol Oral (Fr);
- Ciclosporina 25 Mg Cap;
- Ciclosporina 50 Mg Cap;
- Filgrastim 300 Mcg Sol Inj;
- Imunoglobulina Humana 5 G 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	RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)	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; evolução da doença; Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.	<ul style="list-style-type: none">• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)• Prescrição Médica	<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; evolução da doença; Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.

OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Não se aplica

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia do exame das sorologias para HIV (válido 6 meses);
- Cópia do exame de cariotipagem (último realizado);
- 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 Vitamina B12 (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Fator Reumatoide (válido 1 ano);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) (válido 1 ano);
- Cópia do exame histopatológico (válido 1 ano);
- Cópia do laudo de Biópsia de medula óssea (último realizado);
- Cópia do mielograma/medulograma (último realizado);
- Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea (último realizado);
- Cópia do teste de sorologia para VHB (válido 6 meses);
- Cópia do teste de sorologia para VHC (válido 6 meses);

Além dos exames acima, para Imunoglobulina Humana apresentar:

- Cópia do teste de sorologia para parvovírus B19 (válido 6 meses);

RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- A critério do avaliador

REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES

- Não se aplica



Atualizado em 08/05/2023

