

ALFAEPOETINA

Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco - Alfaepoetina

Portaria SAS/MS nº22, de 03 de novembro de 2022

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10.000 UI injetável – frasco-ampola.

CIDs contemplados: D46.0; D46.1; D46.4 e D46.7.

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 10.000 UI injetável – 30 frascos-ampola.
- Para faturamento (SIGTAP): 10.000 UI injetável – 30 frascos-ampola.

Grupo de financiamento: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.

Observações:

- Conservar em temperatura de 2°C a 8°C;
- Para o uso de alfaepoetina, serão incluídos apenas pacientes com SMD de baixo risco e anemia sintomática (Hb menor ou igual a 10 g/L);
- Idade Mínima: 18 anos.

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original](#), preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

TROCAR A PÁGINA AZUL POR BRANCA

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Hemograma completo;
- Escore do Sistema Internacional de Escore Prognóstico (International Prognostic Scoring System [IPSS]) baixo e intermediário-1 ou Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (Revised International Prognostic Scoring System [IPSS-R]) para Síndrome Mielodisplásica de baixo risco (SMD);

- Relatório médico detalhado com a confirmação do diagnóstico de SMD;

A critério do médico prescritor:

- Para pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:
o β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.

ATENÇÃO: Não é exigido Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original](#), preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Comprovante de residência com CEP;

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Hemograma com contagem de plaquetas; A critério do médico prescritor:
- Para pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:

o β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se ao Centro de Atenção de Saúde de Sergipe – CASE, farmácia de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de Sergipe, para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;
- III – Número de telefone do representante.