

AMBRISENTANA

Hipertensão Arterial Pulmonar

Portaria Conjunta nº 10, de 18 de julho de 2023 (Protocolo na íntegra)

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 5 mg e 10 mg – comprimido revestido

CIDs contemplados: I27.0, I27.2, I27.8

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 31 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 31 comprimidos

Grupo de financiamento: 1B

Observações: Idade mínima: 18 anos / O diagnóstico para início do tratamento e monitoramento do quadro clínico deverá ser realizado pelos Serviços de Referência em Hipertensão Arterial Pulmonar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

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 autorizador dos Serviços de Referência em Hipertensão Arterial Pulmonar da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. 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.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

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

RETIRAR O SÍMBOLO DE SÃO PAULO, A SIGLA CAF E TROCAR A PÁGINA AZUL PELA BRANCA

4. Cópia dos exames:

Exames	Validade do documento <small>(desde a emissão até a entrega na farmácia)</small>
Laudo do cateterismo cardíaco direito	À critério médico
Laudo do teste de caminhada de 6 minutos	*6 meses
β-HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil)	1 mês
Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética)	3 meses
Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica)	3 meses
Hemograma	3 meses

*Na impossibilidade de avaliação, a recomendação é a de que seja utilizada a ferramenta simplificada do registro francês ou outra ferramenta de estratificação de risco da preferência do médico para a re-estratificação de risco a cada avaliação.

5. 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 autorizador dos Serviços de Referência em Hipertensão Arterial Pulmonar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (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 dos exames:

Exames	Validade do documento <small>(desde a emissão até a entrega na farmácia)</small>	Periodicidade de entrega do exame na Farmácia
Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética)	3 meses	Trimestralmente
Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica)	3 meses	Trimestralmente
Hemograma	3 meses	Trimestralmente

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.