

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(última revisão: 31/07/2024)**PCDT: HEMANGIOMA INFANTIL**
CID 10: D18.0**1. Medicamentos**

Alfainterferona 2B 3.000.000UI (frasco-ampola) Alfainterferona 2B 5.000.000UI (frasco-ampola) Alfainterferona 2B 10.000.000UI (frasco-ampola)

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**2.1 Documentos pessoais;**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de Identidade – RG✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS✓ Comprovante de Residência com CEP✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento). |
|--|

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;() Laudo Médico, descrevendo histórico clínico (sinais e sintomas), diagnóstico e tratamentos prévios do paciente;() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. |
|--|

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;() Laudo Médico, descrevendo histórico clínico (sinais e sintomas), diagnóstico e tratamentos prévios do paciente; |
|---|

2.3 Exames Obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">() AST (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);() ALT (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);() Tempo de Protrombina |
|--|

O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.
--

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

correspondente à patologia, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta n.º 6, de 23 de fevereiro de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Hemangioma Infantil**.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

**LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA
ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**