

FINGOLIMODE

Esclerose Múltipla

Portaria Conjunta nº 10, de 02 de abril de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 0,5 mg – cápsula

CIDs contemplados: G35

Quantidade máxima mensal:

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

Grupo de financiamento: 1A

Observações: 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.
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;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

- Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética do encéfalo;
- Sorologia - Anti-HIV (Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana);
- Teste de identificação de pacientes com sífilis - VDRL (Venereal Disease Research Laboratory);
- Dosagem sérica - vitamina B12;
- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – bilirrubinas;
- Relatório médico, contendo:

A. Justificativa para interrupção do uso ou motivo da não utilização de primeira linha:

1. Falha terapêutica à betainterferona ou ao glatirâmer ou à teriflunomida
2. Ausência de contraindicação ao uso do fingolimode

B. Forma de monitoramento da administração do fingolimode, considerando os cuidados preconizados no PCDT da Esclerose Múltipla.

5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [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 (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
A critério do médico prescritor:
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
 - Dosagem sérica – bilirrubinas;
 - Avaliação do fundo dos olhos, incluindo a mácula.

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, 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;
- II – Número de telefone do representante.