

IMIGLUCERASE

Doença de Gaucher

Portaria SAS/MS/SCTIE nº 04, de 27 de junho de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

Retificação da Portaria Conjunta nº 04, de 27 de junho de 2017 ([Retificação na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 400 UI injetável – frasco-ampola

CIDs contemplados: E75.2

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 24 frascos-ampola

- Para faturamento (SIGTAP): 24 frascos-ampola

Grupo de financiamento: 1A

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

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:

- Relatório médico com descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas à Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença;
- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica – ferritina;
- Laudo/relatório médico de Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética de abdômen;
- Laudo/relatório médico de Densitometria Óssea a partir dos 19 anos;
- Laudo/relatório médico de Radiografia ou ressonância magnética de coluna vertebral, quadril e de ossos longos;
- Laudo/relatório médico de Radiografia para a determinação da idade óssea (em crianças ou adolescentes com atraso ou parada de crescimento ou puberal atrasado);
- Dosagem sérica – beta glicosidase ácida;
- Dosagem sérica – quitotriosidase;
- Sequenciamento do gene da beta glicosidase ácida;
- Eletroforese de proteínas.

A critério médico:

- Dosagem sérica - vitamina B12;

ATENÇÃO: Não é necessária a apresentação do [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:
 - Cópia de exames que justifiquem o quadro clínico do paciente, apenas quando houver necessidade de ajuste de dose.

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.

