

NATALIZUMABE

Esclerose Múltipla

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

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 300 mg – frasco-ampola

CIDs contemplados: G35

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 01 frasco-ampola
- Para faturamento (SIGTAP): 01 frasco-ampola

Grupo de financiamento: 1A

Observações: Idade mínima – 18 anos; 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:

- 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.
- Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
- Hemograma.
- Relatório médico, contendo:
 1. Falha terapêutica ou contraindicação ao fingolimode;
 2. Se o paciente está sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses;
 3. Se paciente não foi diagnosticado com micose sistêmica nos últimos 6 meses, herpes grave nos últimos 3 meses, infecção por HIV, qualquer outra infecção oportunistas nos últimos 3 meses ou infecção atual ativa.

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:
Trimestralmente:
 - [Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS \(Expanded Disability Status Scale\)](#).
Mensalmente:
 - Hemograma.

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.

NATALIZUMABE – ESCLEROSE MÚLTIPLA (Atualizado em 16/05/2018)