

PRAVASTATINA

Dislipidemia para Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite

Portaria SAS/MS nº 200, de 25 de fevereiro de 2013 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg, 20 mg e 40 mg – comprimido

CIDs contemplados: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 10 mg – 124 comprimidos / 20 mg – 62 comprimidos / 40 mg – 31 comprimidos
- **Para faturamento (SIGTAP):** 10 mg – 124 comprimidos / 20 mg – 62 comprimidos / 40 mg – 31 comprimidos

Grupo de financiamento: 2

Observações: —

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:

- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – CPK (creatinofosfoquinase);
- Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tireoestimulante);
- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil);
- Perfil lipídico;
- Relatório médico com descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito; ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham; iii) evidência clínica de doença aterosclerótica.

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 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:
Anualmente:
 - Dosagem sérica – colesterol total;
 - Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
 - Dosagem sérica – triglicerídeos.
Semestralmente:
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética) OU Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
 - Dosagem sérica – CPK (creatinofosfoquinase).

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.