

## BETAINTERFERONA

### Esclerose Múltipla

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

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 1A 12.000.000 UI (44 mcg) injetável – seringa preenchida;  
1A 6.000.000 UI (22 mcg) injetável – seringa preenchida; 1A 6.000.000 UI (30 mcg) injetável – frasco-ampola,  
seringa preenchida ou caneta preenchida; e 1B 9.600.000 UI (300 mcg) injetável – frasco-ampola

**CIDs contemplados:** G35

#### Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 1A 12.000.000 UI (44 mcg) e 1A 6.000.000 UI (22 mcg) – 14 seringas/  
1A 6.000.000 UI (30 mcg) – 5 frascos-ampola ou seringas ou canetas /  
1B 9.600.000 UI (300 mcg) – 16 frascos-ampola
- **Para faturamento (SIGTAP):** 1A 12.000.000 UI (44 mcg) e 1A 6.000.000 UI (22 mcg) – 14 seringas/  
1A 6.000.000 UI (30 mcg) – 5 frascos-ampola ou seringas ou canetas /  
1B 9.600.000 UI (300 mcg) – 16 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.

# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
  
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;
  - Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tireoestimulante).
  
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:  
Semestralmente:
  - [Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS \(Expanded Disability Status Scale\)](#);
  - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
  - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
  - Dosagem sérica – bilirrubinas;
  - Dosagem sérica – fosfatase alcalina;
  - Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase);
  - Hemograma.  
Anualmente:
  - Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tireoestimulante).

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

## 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.

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

