

COMPLEMENTO ALIMENTAR PARA PACIENTE FENILCETONÚRICO (FÓRMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA)

Fenilcetonúria

Portaria SAS/MS nº 1307, de 22 de novembro de 2013 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: Menor de 1 ano; Maior de 1 ano; e Maior de 8 anos

CIDs contemplados: E70.0, E70.1

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** Menor de 1 ano – 1550 gramas / Maior de 1 ano e Maior de 8 anos – 3617 gramas

- **Para faturamento (SIGTAP):** Menor de 1 ano – 1550 gramas / Maior de 1 ano e Maior de 8 anos – 3617 gramas

Grupo de financiamento: 2

Observações: Menor de 1 ano = Idade máxima: 1 ano; Maior de 1 ano / Maior de 8 anos = Idade mínima: 1 ano.

- Nome comercial PKU NUTRI CONCENTRATED®, fabricante Shs Internacional Ltda, conforme [Ata de Registro de Preços vigente](#) (nº 046/2017).

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).

COMPLEMENTO ALIMENTAR – FENILCETONÚRIA (Atualizado em 09/05/2018)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

- Dosagem sérica – fenilalanina (se o resultado for menor que 10 mg/dl (600 micromol/L) repetir o exame nas próximas três semanas, em dieta normal, antes de solicitar o medicamento).

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:

Anualmente:

- Dosagem sérica – fenilalanina;
- Dosagem sérica – vitamina B12;
- Dosagem sérica – ferritina;
- Hemoglobina;
- Dosagem sérica – cálcio;
- Laudo/relatório médico de Radiografia para avaliação da idade óssea (se menor de 18 anos).

A cada 2 anos:

- Laudo/relatório médico de Densitometria óssea (para maiores de 18 anos).

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.