

## EVEROLIMO

### Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria

Portaria Conjunta nº 04, de 10 de janeiro de 2019 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 0,5 mg; 0,75 mg; e 1,0 mg – comprimido

**CIDs contemplados:** T86.4, Z94.4

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 0,5 mg – 310 comprimidos / 0,75 mg – 217 comprimidos / 1,0 mg – 155 comprimidos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 0,5 mg – 310 comprimidos / 0,75 mg – 217 comprimidos / 1,0 mg – 155 comprimidos

**Grupo de financiamento:** 1A

**Observações:** Considera-se pediátrico pacientes com até 18 anos.

#### 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.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

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 identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF;
  - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de

EVEROLIMO – TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO Atualizado em 30/12/2024

- comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a
- pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Não são exigidos exames de diagnóstico inicial, porém, o médico prescritor deverá descrever no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) a data do transplante se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados.

À critério do médico prescritor:

- [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (Páginas 17 e 18 do Protocolo)

### 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 (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
  - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

4. Cópia dos exames:

À critério do médico prescritor:

- Hemograma;
- Glicemia de jejum;
- Dosagem sérica – colesterol total;

- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald.

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.