

ALFAEPOETINA

Imunossupressão no Transplante de Medula ou Pâncreas

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000 UI e 10.000 UI injetável – frasco-ampola

CIDs contemplados: Z94.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 1.000 UI: 50 frascos-ampola, 2.000/3.000 UI: 37 frascos-ampola, 4.000 UI: 56 frascos-ampolas, 10.000 UI injetável – 22 frascos-ampola

- **Para faturamento (SIGTAP):** 1.000 UI: 50 frascos-ampola, 2.000/3.000 UI: 37 frascos-ampola, 4.000 UI: 56 frascos-ampolas, 10.000 UI injetável – 22 frascos-ampola

Grupo de financiamento: 1A – 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000 UI e 10.000 UI

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.

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 identidade;

ALFAEPOETINA – IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS – (Atualizado em 07/12/2022)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

ATENÇÃO: Não são exigidos exames de diagnóstico e 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 (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).

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.

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.