MESALAZINA

Retocolite Ulcerativa

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 22, de 20 de dezembro de 2021 (Protocolo na íntegra)

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 400 mg, 500 mg e 800 mg – comprimido;
250 mg, 500 mg e 1000 mg – supositório;
1 g + diluente 100 ml

CID contemplados: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 400 mg – 372 comprimidos **/** 500 mg – 310 comprimidos / 800 mg – 186 comprimidos / 250 mg – 124 supositórios / 500 mg – 62 supositórios / 1000 mg – 62 supositórios / 1 g – 155 enemas.

- Para faturamento (SIGTAP): 400 mg – 372 comprimidos **/** 500 mg – 310 comprimidos / 800 mg – 186 comprimidos / 250 mg – 124 supositórios / 500 mg – 62 supositórios / 1000 mg – 62 supositórios / 1 g – 155 enemas.

Grupo de financiamento: 2 - Aquisições pelo Estado de São Paulo

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

4. Cópia dos exames:
    - Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, realizado nos últimos 12 meses;
    - Hemograma completo, realizado nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – creatinina, realizado nos últimos 3 meses;
    - Urina tipo I, realizado nos últimos 3 meses;

5. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (pág. 24).

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 dos exames:
   Quadrimestralmente:
    - Hemograma;
    - Dosagem sérica – creatinina;
    - Urina tipo I.

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.