

## CICLOSPORINA

### Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 5, de 22 de junho de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 25 mg, 50 mg e 100 mg – cápsula; 100 mg/ml solução oral – frasco de 50 ml

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

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 25 mg – 496 cápsulas / 50 mg – 744 cápsulas / 100 mg – 372 cápsulas /  
100 mg/ml – 8 frascos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 25 mg – 496 cápsulas / 50 mg – 744 cápsulas / 100 mg – 372 cápsulas /  
100 mg/ml – 8 frascos

**Grupo de financiamento:** 2

**Observações:** Considera-se adulto pacientes a partir de 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 identidade e CPF;
  - Comprovante de residência com CEP;

CICLOSPORINA – IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS  
(Atualizado em 14/12/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- 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 e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados.
5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [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:  
À critério do médico prescritor:
  - Dosagem sérica – ciclosporina;
  - Dosagem sérica – creatinina;
  - Dosagem sérica – potássio.

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;

III – Número de telefone do representante.