

## CICLOFOSFAMIDA

### Anemia Hemolítica Autoimune

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 27, de 26 de novembro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 50 mg – drágea

**CIDs contemplados:** D59.0, D59.1

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 186 drágeas
- Para faturamento (SIGTAP): 186 drágeas

**Grupo de financiamento:** 2 - Aquisição pelo Estado de São Paulo

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

CICLOFOSFAMIDA – ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Atualizado em 10/12/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:
  - Hemograma;
  - TCD (Teste de Coombs Direto);
  - Desidrogenase láctica ou haptoglobina ou contagem de reticulócitos.
  - Para a identificação do subtipo: Anti-IgG ou anti-IgA ou Anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas ou Anti-IgG com teste de Donath-Landsteiner.
5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#). (página 12 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 com CEP;
4. Cópia dos exames:  
Trimestralmente:
  - Hemograma com contagem de plaquetas;
  - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
  - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
  - Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase);
  - Dosagem sérica – bilirrubinas.

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.

**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CICLOFOSFAMIDA – ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Atualizado em 10/12/2022)

