

## CICLOFOSFAMIDA

### Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha

Portaria SAS/MS nº 449, de 29 de abril de 2016 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

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

**CIDs contemplados:** D60.0

**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).

# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## 4. Cópia dos exames:

- Hemograma, com análise de esfregaço periférico e contagem de plaquetas e reticulócitos;
- Biópsia e aspirado de medula óssea.

### A critério do médico prescritor:

- Laudo/relatório médico da tomografia computadorizada de tórax para investigação de timoma;
- Pesquisa de anticorpos anti-HCV;
- Pesquisa de anticorpos anti-HIV;
- Pesquisa de anticorpos contra antígenos nucleares.

### Para Portadores de Parvovírus B19:

- Pesquisa de anticorpos anti-B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral no soro por técnicas de biologia molecular.

ATENÇÃO: Não é necessária apresentação do [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).
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.

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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.