

CICLOFOSFAMIDA

Púrpura Trombocitopênica Idiopática

Portaria conjunta SAES/SCTIE/MS nº 9, de 31 de julho de 2019 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 50 mg – drágea

CIDs contemplados: D69.3

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 – PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (Atualizado em 10/12/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Descrição em relatório médico ou no campo “anamnese” do LME das seguintes informações: classificação da PTI (grave, persistente, crônica, recentemente diagnosticada); presença de sangramento; ausência de resposta ou contraindicação a esplenectomia; ausência de resposta aos corticosteroides e imunoglobulina humana intravenosa.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [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;
- Creatinina.

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.