

CICLOFOSFAMIDA

Síndrome Nefrótica Primária em Adultos

Portaria conjunta SAES/SCTIE/MS nº 8, de 14 de abril de 2020 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 50 mg – drágea

CIDs contemplados: N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8

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 SÍNDROME NEUFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTO - (Atualizado em 10/12/2022)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

- Biópsia renal;
- Dosagem sérica – creatinina;
- Proteinúria de 24h ou índice de proteína ou creatinina em amostra de urina aleatória;
- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;

$$\text{Equação de Friedewald: LDL} = [(\text{Colesterol total}) - \text{HDL}] - (\text{Triglicerídeos}/5)$$

- Glicemia de jejum;
- Hemograma;
- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil).

5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#). (Página 34 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:

- Dosagem sérica – creatinina;
- Proteinúria de 24h ou índice de proteína ou creatinina em amostra de urina aleatória;
- Dosagem sérica – albumina;
- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;

CICLOFOSFAMIDA SÍNDROME NEUFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTO - (Atualizado em 10/12/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Dosagem sérica – LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
- Urina tipo I;
- Hemograma;
- Glicemia de jejum;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

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.

Se não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na 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.

CICLOFOSFAMIDA SÍNDROME NEUFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTO - (Atualizado em 10/12/2022)

