

## CICLOSPORINA

### Anemia Hemolítica Autoimune

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

#### Informações gerais

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

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

**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 - Aquisição pelo Estado de São Paulo

**Observações:** —

#### 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 - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Atualizado em 09/08/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

#### 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.

À critério do médico prescritor:

- [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:

À critério do médico prescritor:

- Dosagem sérica – ciclosporina;
- Dosagem sérica – 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.