

## TAFAMIDIS MEGLUMINA

### Polineuropatia Amiloidótica Familiar

Portaria conjunta nº 22, de 2 de outubro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 20 mg – cápsula

**CIDs contemplados:** E85.1

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 31 cápsulas
- Para faturamento (SIGTAP): 31 cápsulas

**Grupo de financiamento:** 1A - Aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde

**Observações:** idade mínima 18 anos. 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).

TAFAMIDIS MEGLUMINA - Polineuropatia Amiloidótica Familiar (Atualizado em 13/03/2023)

**4. Cópia dos exames:**

- Descrição, no campo “11- Anamnese” do LME, dos achados que justifiquem a indicação do tratamento, tais como: sintomatologia apresentada, constatação do depósito amiloide, teste genético comprovando a mutação em TTR e histórico familiar da doença.

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 dos documentos pessoais do paciente;  
Comprovante de residência com CEP.

**4. Cópia dos exames:**Semestralmente:

- Dosagem sérica – uréia;
- Dosagem sérica – creatinina;
- Laudo/relatório médico do Eletrocardiograma ou Holter ou Ecocardiograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Urina tipo I;
- Glicemia;
- Perfil lipídico.

A critério do médico prescritor

- Relatório médico de avaliação oftalmológica - medida de pressão ocular e avaliação do vítreo.

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.