



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

HEMANGIOMA INFANTIL – CID-10: D18.0

MEDICAMENTOS

- Alfainterferona 2b 10.000.000 Ui Pó Liof Inj (Fr-Amp);
- Alfainterferona 2b 3.000.000 Ui Pó Liof Inj (Fr-Amp);
- Alfainterferona 2b 5.000.000 Ui Pó Liof Inj (Fr-Amp);

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO

- **LME** – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)
- **Prescrição Médica**
- **Relatório Médico** constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; Indicação de medicamento e tempo de tratamento; Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e evolução da doença; e outras informações pertinentes.

RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- **LME** – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)
- Prescrição Médica

OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Não se aplica

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia do exame de dosagem de ALT/TGP (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de AST/TGO (válido 6 meses);
- Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP) (válido 6 meses);

*Hemangiomas de Localização Mucosa ou em Estruturas Internas geralmente necessitam de confirmação por Métodos de Imagem (Laudo)

RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES

- Não se aplica

