



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

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR – CID-10: D60.0, D60.1, D60.8, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8 (vide medicamento)

MEDICAMENTOS

- Ciclofosfamida 50 Mg Drágea – (somente CID-10: D60.0, D60.1, D60.8);
- Eltrombopague 25 Mg Comp Rev – (somente CID-10: D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8);
- Eltrombopague 50 Mg Comp Rev – (somente CID-10: D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8);
- Ciclosporina 100 Mg Cap – (somente CID-10: D60.0, D60.1, D60.8, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8);
- Ciclosporina 100 Mg/MI Sol Oral (Fr) – (somente CID-10: D60.0, D60.1, D60.8, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8);
- Ciclosporina 25 Mg Cap – (somente CID-10: D60.0, D60.1, D60.8, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8);
- Ciclosporina 50 Mg Cap – (somente CID-10: D60.0, D60.1, D60.8, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8);
- Filgrastim 300 Mcg Sol Inj – (somente CID-10: D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8);
- Imunoglobulina Humana 5 G Inj (Fr) – (somente CID-10: D60.0, D60.1, D60.8);

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	REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none">• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)• Prescrição Médica• Relatório médico constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; evolução da doença; Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.	<ul style="list-style-type: none">• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)• Prescrição Médica• Relatório médico constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; evolução da doença; Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia do exame das sorologias para HIV (válido 6 meses);
- Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea (último realizado);
- Cópia do exame de contagem de Reticulócitos (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Fator Reumatoide (válido 1 ano);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) (válido 1 ano);
- Cópia do exame histopatológico da medula óssea (válido 1 ano);
- Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma) (último realizado);
- Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea (último realizado);
- Cópia do teste de sorologia para VHB (válido 6 meses);
- Cópia do teste de sorologia para VHC (válido 6 meses);

Além dos exames acima, para Imunoglobulina Humana apresentar:

- Cópia do teste de sorologia para parvovírus B19 (válido 6 meses);

RENOVAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">• A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none">• Não se aplica