

ALFADORNASE

Fibrose Cística - Manifestações Pulmonares

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 25, de 27 de dezembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 2,5 mg – ampola.

CIDs contemplados: E84.0, E84.8.

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 62 ampolas.
- Para faturamento (SIGTAP): 62 ampolas.

Grupo de financiamento: 1A – Aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde.

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).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:
 - Dosagem no suor – cloreto de sódio ou estudo genético com a identificação de mutações para a fibrose cística.

À critério do médico prescritor:

- Espirometria VEF1 (Volume Expiratório Forçado em 1 segundo);
- Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
- Laudo/relatório médico de Tomografia Computadorizada de tórax.

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 de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP.
4. Cópia dos exames:

À critério do médico prescritor:

- Espirometria;
- Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax.

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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.