

IMUNOGLOBULINA HUMANA

Dermatomiosite e Polimiosite

Portaria SAS/MS nº 1.692, de 22 de novembro de 2016 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 2,5 g e 5,0 g injetável – frasco

CIDs contemplados: M33.0, M33.1, M33.2

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 2,5 g - 200 frascos
5,0 g – 200 frascos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 2,5 g - 200 frascos
5,0 g - 100 frascos

Grupo de financiamento: 1B - Aquisição pelo Estado de São Paulo com recurso federal

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;

IMUNOGLOBULINA HUMANA – DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE (Atualizado em 22/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

Apresentar 2 dos 3 exames abaixo:

- Biópsia muscular;
- Dosagem sérica - CPK (creatinofosfoquinase) ou Aldolase ou DHL (Desidrogenase Láctica) ou TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética) e TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Eletromiografia.

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 exames:

À critério do médico prescritor:

- Dosagem sérica - CPK (creatinofosfoquinase);
- Dosagem sérica - aldolase;
- Dosagem sérica - DHL (Desidrogenase Láctica);
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

IMUNOGLOBULINA HUMANA – DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE (Atualizado em 22/07/2022)



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.

IMUNOGLOBULINA HUMANA – DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE (Atualizado em 22/07/2022)

