

## MESALAZINA

### Retocolite Ulcerativa

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 22, de 20 de dezembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 400 mg, 500 mg e 800 mg – comprimido;  
250 mg, 500 mg e 1000 mg – supositório;  
1 g + diluente 100 mL

**CIDs contemplados:** K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

#### Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 400 mg – 372 comprimidos / 500 mg – 310 comprimidos / 800 mg – 186 comprimidos / 250 mg – 124 supositórios / 500 mg – 62 supositórios / 1000 mg – 62 supositórios / 1 g – 155 enemas.  
- **Para faturamento (SIGTAP):** 400 mg – 372 comprimidos / 500 mg – 310 comprimidos / 800 mg – 186 comprimidos / 250 mg – 124 supositórios / 500 mg – 62 supositórios / 1000 mg – 62 supositórios / 1 g – 155 enemas.

**Grupo de financiamento:** 2 - Aquisições pelo Estado de São Paulo

**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

MESALAZINA – RETOCOLITE ULCERATIVA (Atualizado em 24/07/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Documento de identidade;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
- Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, realizado nos últimos 12 meses;
  - Hemograma completo, realizado nos últimos 3 meses;
  - Dosagem sérica – creatinina, realizado nos últimos 3 meses;
  - Urina tipo I, realizado nos últimos 3 meses;
5. [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:  
Quadrimestralmente:
  - Hemograma;
  - Dosagem sérica – creatinina;
  - Urina tipo I.

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.