

PANCREATINA

Insuficiência Pancreática Exócrina

Portaria SAS/MS nº 112, de 04 de fevereiro de 2016 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10.000 UI e 25.000 UI de lipase – cápsula

CIDs contemplados: K86.0, K86.1, K90.3

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 10.000 UI – 3100 cápsulas / 25.000 UI – 1240 cápsulas

- Para faturamento (SIGTAP): 10.000 UI – 3100 cápsulas / 25.000 UI – 1240 cápsulas

Grupo de financiamento: 1B

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

PANCREATINA – INSUFICIENCIA PANCREATICA EXOCRINA (Atualizado em 08/08/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

- Pesquisa qualitativa da gordura fecal ou dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas;
- Um dos itens abaixo:
 - Laudo/relatório médico de Radiografia de abdômen;
 - Laudo/relatório médico de Ultrassonografia abdominal;
 - Laudo/relatório médico de Tomografia computadorizada de abdômen;
 - Laudo/relatório médico de Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada;
 - Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética das vias biliares;
 - Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total.

Para pacientes com câncer pancreático, ressecções pancreáticas por outras indicações:

- Laudo médico indicando a presença de esteatorreia.

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).

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.

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.