

## METILPREDNISOLONA

### Doença de Crohn

Portaria Conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 500 mg injetável – ampola

**CIDs contemplados:** K50.0, K50.1, K50.8

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação conforme esquema de administração:** 1 mg/kg/dia, em bolus IV com concentração máxima de 125 mg/ml, dividido de 6 em 6 horas
- **Para faturamento (SIGTAP) e dispensação:** 31 ampolas

**Grupo de financiamento:** 2

**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).

METILPREDNISOLONA – DOENÇA DE CROHN (Atualizado em 09/08/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:
  - Laudo médico com comprovação endoscópica, radiológica, cirúrgica ou anatomopatológica da doença.
5. 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:
  - Potássio;
  - Sódio sérico;
  - Glicemia em Jejum;
  - Aferição da Pressão Sanguínea;
  - Relatório médico com o resultado da avaliação oftalmológica (rastreamento para catarata);
  - Laudo/relatório médico de Radiografia ou densitometria óssea de fêmur, quadril ou vértebra, evidenciando fratura (rastreamento de osteoporose).

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.