

## AZATIOPRINA

### Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos

Portaria SAS/SCTIE/MS nº 5, de 22 de junho de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 50 mg – comprimido

**CIDs contemplados:** Z94.4, T86.4

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 248 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 248 comprimidos

**Grupo de financiamento:** 2

**Observações:** Considera-se adulto pacientes a partir de 18 anos.

#### 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).

AZATIOPRINA – IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS  
(Atualizado em 09/08/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## 4. Cópia dos exames:

- Não são exigidos exames de diagnóstico inicial, porém, o médico prescritor deverá descrever no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) a data do transplante e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados.

## 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).

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.

## 3. Cópia dos exames:

À critério do médico prescritor:

- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

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;

III – Número de telefone do representante.

**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

AZATIOPRINA – IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS  
(Atualizado em 09/08/2022)

