

## PARICALCITOL

### Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica Portaria SAS/MS nº 801, de 25 de abril de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 5,0 µg/mL – ampola de 1 mL

**CIDs contemplados:** E83.3, N18.0, N25.0

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 40 ampolas
- Para faturamento (SIGTAP): 40 ampolas

**Grupo de financiamento:** 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

**Observações:** Idade mínima – 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).

# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## 4. Cópia dos exames:

- Dosagem sérica – cálcio;
- Dosagem sérica – PTH (paratormônio);
- Dosagem sérica – fósforo.

ATENÇÃO: Não é necessária a apresentação do [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:

### Para pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Estágio 03:

#### Anualmente:

- Dosagem sérica – cálcio;
- Dosagem sérica – PTH (paratormônio);
- Dosagem sérica – fósforo.

### Para pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Estágio 04:

#### Semestralmente:

- Dosagem sérica – cálcio;
- Dosagem sérica – PTH (paratormônio);
- Dosagem sérica – fósforo.

### Para pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Estágio 05:

#### Trimestralmente:

- Dosagem sérica – cálcio;
- Dosagem sérica – PTH (paratormônio);
- Dosagem sérica – fósforo.

## 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.