

## IMUNOGLOBULINA HUMANA

### Síndrome de Guillain-Barré

Portaria Conjunta nº 15, de 13 de outubro de 2020 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 2,5 g e 5,0 g injetável – frasco

**CIDs contemplados:** G61.0

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 2,5 g – 200 frascos

5,0 g - 100 frascos

- Para faturamento (SIGTAP): 2,5 g – 200 frascos

5,0 g - 100 frascos

**Grupo de financiamento:** 2,5 g – 1B- Aquisição pelo Estado de São Paulo com recurso federal

5,0 g - 1A- Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

**Observações:** Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

#### 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

IMUNOGLOBULINA HUMANA – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (Atualizado em 22/07/2022)



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

#### 4. Cópia dos exames:

- Relatório médico emitido preferencialmente por neurologista com:
  - Descrição da presença de dois critérios essenciais;
  - Descrição da presença de pelo menos três critérios clínicos sugestivos;
  - Análise do líquido;
  - Investigação adicional criteriosa com intuito de afastar outras etiologias;
  - Estudo neurofisiológico compatível com a doença ([Ofício conjunto circular nº1/2021/CGCEAF/DAF/SCTIE/MS](#)).

#### A critério do médico prescritor:

- Dosagem sérica – creatinina.

#### 5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (páginas nº 13 e 14 do PCDT)

ATENÇÃO: Não há recomendação para uso contínuo do medicamento.

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.