

BETAINTERFERONA

Esclerose Múltipla

Portaria conjunta SAES/SCTIE/MS nº 1, de 07 de janeiro de 2022 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 1A 12.000.000 UI (44 mcg) injetável – seringa preenchida;
1A 6.000.000 UI (22 mcg) injetável – seringa preenchida; 1A 6.000.000 UI (30 mcg) injetável – frasco-ampola,
seringa preenchida ou caneta preenchida; e 1B 9.600.000 UI (300 mcg) injetável – frasco-ampola

CIDs contemplados: G35

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 1A 12.000.000 UI (44 mcg) e 1A 6.000.000 UI (22 mcg) – 14 seringas/
1A 6.000.000 UI (30 mcg) – 5 frascos-ampola ou seringas ou canetas /
1B 9.600.000 UI (300 mcg) – 16 frascos-ampola
- **Para faturamento (SIGTAP):** 1A 12.000.000 UI (44 mcg) e 1A 6.000.000 UI (22 mcg) – 14 seringas/
1A 6.000.000 UI (30 mcg) – 5 frascos-ampola ou seringas ou canetas /
1B 9.600.000 UI (300 mcg) – 16 frascos-ampola

Grupo de financiamento: 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.

BETAINTERFERONA – ESCLEROSE MÚLTIPLA (Atualizado em 09/08/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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 e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
 - Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética do encéfalo;
 - Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tiroestimulante).
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética)
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica)
 - Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase)
 - Dosagem sérica – bilirrubina total;
 - Dosagem sérica - fosfatase alcalina.
 - Hemograma
 - [Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS \(Expanded Disability Status Scale\)](#) (páginas 32 a 34 do protocolo) – Laudo ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME.
5. ATENÇÃO: 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 de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP;

BETAINTERFERONA – ESCLEROSE MÚLTIPLA (Atualizado em 09/08/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – bilirrubinas;
- Dosagem sérica – fosfatase alcalina;
- Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase);
- Hemograma.
- [Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS \(Expanded Disability Status Scale\)](#) (páginas 32 a 34 do protocolo) – Laudo ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME.

À critério do médico prescritor:

- TSH

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.

BETAINTERFERONA – ESCLEROSE MÚLTIPLA (Atualizado em 09/08/2022)

