

# CICLOSPORINA – Imunossupressão no Transplante Hepático em Adulto

10, 25, 50, 100 mg por cápsula  
100 mg/ml por solução oral (por frasco de 50 ml)

Portaria Conjunta SAS/SCTIE-MS nº 5 - 22/06/2017

## Informações

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

**Quantidade máxima mensal:** 248 comprimidos

**Grupo de Financiamento:** 2

\*\*Serão considerados como pediátricos pacientes maiores de 18 anos.

## Documentação Necessária

### 1º 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.
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
  - o Documento de identidade;
  - o Comprovante de residência com CEP;
  - o Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
  - Potássio
  - Creatinina
  - Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição)
5. [Termo de esclarecimento e responsabilidade](#)

### Renovação

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 (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
  - Potássio
  - Creatinina
  - Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição)