

EVEROLIMO – Imunossupressão no Transplante Hepático em Adulto

0,5; 0,75; 1 mg por comprimido

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
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
 - hemograma
 - proteinúria
 - 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:
 - hemograma
 - proteinúria
 - creatinina
 - Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição)