

MICOFENOLATO DE MOFETILA - Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria

500 mg – comprimido

Portaria SAS/MS nº 712, de 13 de agosto de 2014 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: T86.4, Z94.4

Quantidade máxima mensal: 186 comprimidos

Grupo de Financiamento: 1A

Observações: Considera-se pediátrico pacientes com até 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:
 - Não são exigidos exames de diagnóstico inicial, porém, o médico prescritor deverá descrever no campo "anamnese" do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) a data do transplante e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados.

A critério do médico prescritor:

 - Dosagem sérica – bilirrubinas (direta);
 - Dosagem sérica – bilirrubinas (indireta);
 - Dosagem sérica – bilirrubinas (total);
 - Dosagem sérica – fosfatase alcalina;
 - Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase);
 - Biópsia hepática.

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:
A critério do médico prescritor:
 - Hemograma.