

# MIGLUSTATE - Doença de Gaucher

100 mg – cápsula

Portaria SAS/MS/SCTIE nº 04, de 27 de junho de 2017 (Protocolo na íntegra)  
Retificação da Portaria Conjunta nº 04, de 27 de junho de 2017 (Retificação na íntegra)

## Informações

**CIDs:** E75.2

**Quantidade máxima mensal:** 93 cápsulas

**Grupo de Financiamento:** 1A

**Observações:** Idade mínima: 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:
  - Relatório médico com descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas à Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença;
  - Hemograma com contagem de plaquetas;
  - Dosagem sérica – ferritina;
  - Laudo/relatório médico da Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética de abdômen;
  - Laudo/relatório médico de Densitometria Óssea a partir dos 19 anos;
  - Laudo/relatório médico de Radiografia ou ressonância magnética de coluna vertebral, quadril e de ossos longos;
  - Laudo/relatório médico de Radiografia para a determinação da idade óssea (em crianças ou adolescentes com atraso ou parada de crescimento ou puberal atrasado);
  - Dosagem sérica – beta glicosidase ácida
  - Dosagem sérica – quitotriosidase;
  - Sequenciamento do gene da beta glicosidase ácida caso os resultados bioquímicos de dosagem sérica beta glicosidase ácida e dosagem sérica quitotriosidase, forem duvidosos

- $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil).

A critério médico:

- Dosagem sérica - vitamina B12;
- Eletroforese de proteínas;
- Índice de saturação de transferrina.
- Dosagem sérica - quitotriosidase, realizada em qualquer data

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:
  - Semestralmente**
    - Hemograma com contagem de plaquetas.
  - Anualmente**
    - Dosagem sérica – ferritina
  - Anualmente (a critério do médico prescritor)**
    - Eletroforese de proteínas;
    - Índice de saturação de transferrina.
  - A cada dois anos**
    - Laudo/relatório médico de Desintometria Óssea a partir de 19 anos
  - A cada dois anos (a critério do médico prescritor)**
    - Laudo/relatório médico de Radiografia ou ressonância magnética de coluna vertebral e fêmur;
  - A critério do médico prescritor)**
    - Dosagem sérica - TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética)
    - Dosagem sérica -TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica)
    - TP (Tempo de Protombina);
    - Dosagem sérica -GGT (Gama Glutamiltransferase)