

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

- β -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)