

ALFAINTERFERONA 2B – Hemangioma Infantil

3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI injetável – frasco-ampola

Portaria Conjunta nº 6, de 23 de fevereiro de 2018 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: D18.0

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 3.000.000 UI: 77 frascos-ampola, 5.000.000 UI: 46 frascos-ampola, 10.000.000 UI: 23 frascos-ampola

Grupo de Financiamento: 1A

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);
 - CPF.
4. Cópia dos exames:
 - Relatório médico com descrição do quadro clínico;

A critério do médico prescritor:

- Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada ou Ultrassonografia do Hemangioma Infantil;
- Laudo/relatório médico de Endoscópicos ou Anatopatológico de Hemangioma Infantil;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- TP (Tempo de Protombina).

Não é exigido 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:

Trimestralmente:

4.
 - Hemograma;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

A critério do médico prescritor

- Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tiroestimulante);
- Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada ou Ultrassonografia do Hemangioma Infantil.