



## CICLOFOSFAMIDA

Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha  
Portaria SAS/MS nº 449, de 29 de abril de 2016 ([Protocolo na íntegra](#))

### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 50 mg – drágea

**CIDs contemplados:** D60.0

**Quantidade máxima mensal:**

**Para dispensação:** 186 drágeas

**Para faturamento (SIGTAP):** 186 drágeas

**Grupo de financiamento:** 2 - Aquisição feita pelo Estado do Amazonas.

**Observações:** Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

### Documentos necessários para solicitação do medicamento

#### 1ª Solicitação

- [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.  
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
- Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
- Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade e CPF;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Hemograma, com análise de esfregaço periférico e contagem de plaquetas e reticulócitos;
- Biópsia e aspirado de medula óssea.

A critério do médico prescritor:

- Laudo/relatório médico da tomografia computadorizada de tórax para investigação de timoma;
- Pesquisa de anticorpos anti-HCV;
- Pesquisa de anticorpos anti-HIV;
- Pesquisa de anticorpos contra antígenos nucleares.

Para Portadores de Parvovírus B19:

- Pesquisa de anticorpos anti-B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral no soro por técnicas de biologia molecular.

ATENÇÃO: Não é necessária apresentação do [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#).

## Renovação da Continuidade

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 (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Comprovante de residência com CEP.

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);



**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO

- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase);
- Dosagem sérica – bilirrubinas.