



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

CICLOSPORINA

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: 25 mg, 50 mg e 100 mg – cápsula; 100 mg/mL solução oral – frasco de 50 mL

CIDs contemplados: D60.0

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 25 mg – 496 cápsulas / 50 mg – 744 cápsulas /
100 mg – 372 cápsulas / 100 mg/mL – 8 frascos

Para faturamento (SIGTAP): 25 mg – 496 cápsulas / 50 mg – 744 cápsulas /
100 mg – 372 cápsulas / 100 mg/mL – 8 frascos

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

Observações: —

Documentos necessários para solicitação do medicamento

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.

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.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:

CICLOSPORINA (APLASIA PURA ADQUIRIDA) ATUALIZADO EM 30/03/2026.



- Documento de identidade;
- 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 necessário apresentar [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 dos exames:

Trimestralmente:

- Dosagem sérica – creatinina.



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

À critério do médico prescritor:

- Dosagem sérica – ciclosporina.