

ALFAINTERFERONA 2B

Hemangioma Infantil

Portaria Conjunta nº 6, de 23 de fevereiro de 2018.

Informações gerais

Dosagem/ Apresentação: 3.000.000UI, 5.000.000UI E 10.000.000UI frasco-ampola

CIDs contemplados: D18.0

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 3.000.000UI – 77 frascos-ampola;
5.000.000UI – 46 frascos-ampola e 10.000.000UI – 23 frascos-ampola.
- **Para faturamento (SIGTAP):** 3.000.000UI – 77 frascos-ampola;
5.000.000UI – 46 frascos-ampola e 10.000.000UI – 23 frascos-ampola.

Grupo de financiamento: 1B – Aquisição pelo Estado do Amazonas com recurso federal

Observações: Conservar em temperatura de 2º a 8ºC.

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª 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.
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

ALFAINTERFERONA 2B (HEMANGIOMA INFANTIL) ATUALIZADO EM 03/06/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

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).

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

ALFAINTERFERONA 2B (HEMANGIOMA INFANTIL) ATUALIZADO EM 03/06/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

A critério do médico prescritor:

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