

BETAINTERFERONA

Esclerose Múltipla

Portaria conjunta nº 08, de 12 de setembro de 2024 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem/ Apresentação: : 1A 12.000.000 UI (44 mcg) injetável – seringa preenchida; 1A 6.000.000 UI (22 mcg) injetável – seringa preenchida; 1A 6.000.000 UI (30 mcg) injetável – frasco-ampola, seringa preenchida ou caneta preenchida; e 1B 9.600.000 UI (300 mcg) injetável – frasco-ampola

CIDs contemplados: G35

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 1A 12.000.000 UI (44 mcg) e 1A 6.000.000 UI (22 mcg) – 14 seringas/ 1A 6.000.000 UI (30 mcg) – 5 frascos-ampola ou seringas ou canetas / 1B 9.600.000 UI (300 mcg) – 16 frascos-ampola.

Para faturamento (SIGTAP): 1A 12.000.000 UI (44 mcg) e 1A 6.000.000 UI (22 mcg) – 14 seringas/ 1A 6.000.000 UI (30 mcg) – 5 frascos-ampola ou seringas ou canetas / 1B 9.600.000 UI (300 mcg) – 16 frascos-ampola.

Grupo de financiamento: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.

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

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

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



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

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

4. Cópia dos exames:

- Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética do encéfalo;
- Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tireoestimulante).
- Dosagem sérica – AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética)
- Dosagem sérica – ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica)
- Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase)
- Dosagem sérica de bilirrubina total;
- Dosagem sérica de fosfatase alcalina;
- Hemograma;
- [Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS \(Expanded Disability Status Scale\)](#)

(páginas 32 a 34 do protocolo) – Laudo ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME.

5. [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 (semestralmente).

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

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



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:

Semestralmente:

- Dosagem sérica de TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica de bilirrubinas;
- Dosagem sérica de fosfatase alcalina;
- Dosagem sérica de GGT (Gama Glutamiltransferase);
- Hemograma.
- [Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS \(Expanded Disability Status Scale\)](#) (páginas 32 a 34 do protocolo) – Laudo ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME.

À critério do médico prescritor:

- TSH.