

ALFAEPOETINA

Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco

Portaria SAS/MS nº22, de 03 de novembro de 2022 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10.000 UI injetável – frasco-ampola

CIDs contemplados: D46.0; D46.1; D46.4 e D46.7.

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 30 frascos-ampola

Para faturamento (SIGTAP): 30 frascos-ampola

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

Observações:

- Conservar em temperatura de 2°C a 8°C;
- Para o uso de alfaepoetina, serão incluídos apenas pacientes com SMD de baixo risco e anemia sintomática (Hb menor ou igual a 10 g/L);
- Idade Mínima: 18 anos.

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.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

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

4. Cópia dos exames:

- Hemograma completo;
- Escore do Sistema Internacional de Escore Prognóstico (International Prognostic Scoring System [IPSS]) baixo e intermediário-1 ou Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (Revised International Prognostic Scoring System [IPSS-R]) para Síndrome Mielodisplásica de baixo risco (SMD);
- Relatório médico detalhado com a confirmação do diagnóstico de SMD;

A critério do médico prescritor:

- Para pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:
o β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.

ATENÇÃO: Não é exigido 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:

- Hemograma com contagem de plaquetas.

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM**



A critério do médico prescritor:

- Para pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:
 - o β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.