

CICLOFOSFAMIDA

Lúpus Eritematoso Sistêmico

Portaria SAS/MS nº 21, de 01 de novembro de 2022 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 50 mg – drágea

CIDs contemplados: L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

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

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

CICLOFOSFAMIDA (LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO) ATUALIZADO EM 30/07/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



4. Cópia dos exames:

- Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR (Colégio Americano de Reumatologia), contendo sinais e sintomas, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios;
- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas paramulheres em idade fértil).

À critério do médico prescritor:

- Eletrocardiografia;
- Urina tipo I;
- Hemograma;
- Imunológicos: Pesquisa de FAN (Fator Antinuclear), Anticorpo antiDNA, Anticorpo anti-Sm, Anticorpo anticardiolipina (IgM ou IgG), Teste de identificação de pacientes com sífilis - VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) com antiFTA, FTA-ABS, Anticorpo anti-Ro/SSA e Anticorpo anti-La/SSB.

5. 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:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica de sódio;
- Dosagem sérica de potássio;
- Urina tipo I;
- Dosagem sérica de creatinina.

Anualmente:

- Citológico em urina;
- Citopatológico de colo uterino.

CICLOFOSFAMIDA (LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO) ATUALIZADO EM 30/07/2026.