

CICLOFOSFAMIDA

Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 01, de 10 de janeiro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 50 mg – drágea

CIDs contemplados: N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 186 drágeas

- Para faturamento (SIGTAP): 186 drágeas

Grupo de financiamento: 2 - Aquisição pelo Estado do Amazonas

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

Considera-se “crianças” e “adolescentes” pacientes com até 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.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade e CPF;

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

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

4. Cópia dos exames:

- Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada;
- Dosagem sérica de albumina;
- Dosagem sérica de colesterol total;
- Dosagem sérica de HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica de triglicerídeos;
- Dosagem sérica de LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;

Equação de Friedewald: $LDL = [(Colesterol\ total) - HDL] - (Triglicerídeos/5)$

- Pesquisa de FAN (Fator Antinuclear)
- Sorologia de Anti-HCV (Anti-Vírus da Hepatite C);
- Sorologia de HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B);
- Sorologia de Anti-HIV (Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana);
- Sorologia de Toxoplasmose.

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 de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP.

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Hemograma;

CICLOFOSFAMIDA (SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES) ATUALIZADO EM 30/07/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

- Dosagem sérica de creatinina;
- Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada;
- Dosagem sérica de albumina;
- Dosagem sérica de colesterol total;
- Dosagem sérica de HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica de triglicerídeos;
- Dosagem sérica de LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
- Urina tipo I;
- Hemograma;
- Glicemia de jejum.