

GLATIRAMER

Esclerose Múltipla

PORTARIA CONJUNTA nº 08, de 12 de setembro de 2024 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 40 mg injetável – frasco-ampola ou seringa preenchida

CID contemplado: G35

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 40mg, três vezes por semana, por via subcutânea

Para faturamento (SIGTAP): 14 frascos-ampola ou seringas preenchidas

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 data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo Neurologista 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).

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

4. Cópia dos exames:

- Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética do encéfalo;
- Dosagem sérica de TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica de bilirrubina total e frações;
- Dosagem sérica de GGT (Gama Glutamiltransferase);
- Hemograma completo;
- [Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS \(Expanded Disability Status Scale\)](#) – Laudo ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME.

5. 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:

Atenção: Não são exigidos exames laboratoriais de monitoramento.

Semestralmente:

[Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS \(Expanded Disability Status Scale\)](#) – Laudo ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME.