

IMUNOGLOBULINA HUMANA

Púrpura Trombocitopênica Idiopática
Portaria conjunta nº 41, de 25 de fevereiro de 2026

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 2,5 g e 5,0 g injetável – frasco

CID contemplado: D69.3

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 2,5 g – 200 frascos
5,0 g – 100 frascos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 2,5 g – 200 frascos
5,0 g – 100 frascos

Grupo de financiamento: 2,5 g 1B - Aquisição pelo Estado do Amazonas com recurso federal.
5 g 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

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



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:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica de Bilirrubina;
- Sorologia Hepatite B, C e HIV;
- Descrição em relatório médico ou no campo "anamnese" do LME das seguintes informações: classificação da PTI (grave, persistente, crônica, recentemente diagnosticada); presença de sangramento; ausência de resposta ou contraindicação a esplenectomia; ausência de resposta aos corticosteroides e imunoglobulina humana intravenosa.

5. 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.

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:
Mensalmente:

- Hemograma com contagem de plaquetas.