

## MICOFENOLATO DE MOFETILA

### Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos

Portaria SAES/SCTIE/MS nº 5, de 22 de junho de 2017

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 500 mg – comprimido

**CID contemplados:** T86.4, Z94.4

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 186 comprimidos

- Para faturamento (SIGTAP): 186 comprimidos

**Grupo de financiamento:** 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

**Observações:** Considera-se adulto paciente a partir de 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;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



### 4. Cópia dos exames:

- Não são exigidos exames de diagnóstico inicial, porém, o médico prescritor deverá descrever no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) a data do transplante e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados.

### 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 (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:

À critério do médico prescritor:

- Hemograma;
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).