

MICOFENOLATO DE MOFETILA

Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria
Portaria Conjunta nº 04, de 10 de janeiro de 2019

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 pediátrico 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;
 - 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.

À critério do médico prescritor:

- Dosagem sérica de Bilirrubinas (direta, indireta e total);
- Dosagem sérica de Fosfatase alcalina;
- Dosagem sérica de GGT (Gama Glutamiltransferase);
- Biópsia hepática.

À critério do médico prescritor:

- [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:

À critério do médico prescritor:

- Hemograma.