

Fluxo de Acesso
Anemia na Doença Renal Crônica - Alfaepoetina
PORTARIA Nº 365, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2017.

MEDICAMENTOS

- ALFAEPOETINA 2.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou do responsável pelo paciente).
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (deve ser renovado SEMESTRALMENTE *exceto quando houver mudança de dose, pois será necessário um novo LME);
- **Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer às normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. (LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018;PORTARIA 344, de 1998; RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros).**
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER; assinado pelo médico e paciente.
- Formulário de Acesso ao Medicamento para Anemia por Alfaepoetina, preenchido, assinado e carimbado pelo médico. **(Caso o Formulário contenha todas as informações necessárias para que ocorra a avaliação, não será obrigatório o relatório médico).**
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: 1. A história clínica do paciente. 2. Ausência de Critério de Exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Anemia na Doença Renal Crônica – Alfaepoetina.**

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

- Hemograma; (validade 3 meses)
- Dosagem de Ferritina Sérica; (validade 3 meses)
- Saturação de Transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro); (validade 3 meses)
- Taxa de Filtração Glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (validade 6 meses)

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemograma **Periodicidade:** Semestral
- Ferritina e Saturação de Transferrina **Periodicidade:** antes de cada ajuste de dose

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

HAN - Hospital Ana Nery

End: R. Saldanha Marinho, s/nº - Caixa D'agua, Salvador – BA, CEP 40320-010

Tel: da Farmácia: 3117-1877/1863 Horário: 07:30 h às 16:30h

E-mail: farmacia.renais@gmail.com

Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- N18.0 Doença renal em estágio final

- N18.8 Outra insuficiência renal crônica

Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

- Os pacientes devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



