

## ALFAINTERFERONA 2B

### Hemangioma Infantil

Portaria Conjunta nº 6, de 23 de fevereiro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI injetável – frasco-ampola

**CIDs contemplados:** D18.0

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 3.000.000 UI: 77 frascos-ampola, 5.000.000 UI: 46 frascos-ampola, 10.000.000 UI: 23 frascos-ampola

- **Para faturamento (SIGTAP):** 3.000.000 UI: 77 frascos-ampola, 5.000.000 UI: 46 frascos-ampola, 10.000.000 UI: 23 frascos-ampola

**Grupo de financiamento:** 1A

**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.
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;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

ALFAINTERFERONA 2B – HEMANGIOMA INFANTIL (Atualização em 29/03/2018)

# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## 4. Cópia dos exames:

- Relatório médico com descrição do quadro clínico;

### A critério do médico prescritor:

- Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada ou Ultrassonografia do Hemangioma Infantil;
- Laudo/relatório médico de Endoscópicos ou Anatopatológico de Hemangioma Infantil;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- TP (Tempo de Protombina).

## 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 (trimestralmente).

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).

## 3. Cópia dos exames:

### Trimestralmente:

- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

### À critério do médico prescritor:

- Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tiroestimulante);
- Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada ou Ultrassonografia do Hemangioma Infantil.

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.