

## PANCREATINA

### Insuficiência Pancreática Exócrina

Portaria SAS/MS nº 112, de 04 de fevereiro de 2016 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 10.000 UI e 25.000 UI de lipase – cápsula

**CIDs contemplados:** K86.0, K86.1, K90.3

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 10.000 UI – 3100 cápsulas / 25.000 UI – 1240 cápsulas

- **Para faturamento (SIGTAP):** 10.000 UI – 3100 cápsulas / 25.000 UI – 1240 cápsulas

**Grupo de financiamento:** 1B

**Observações:** —

#### 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).

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

### 4. Cópia dos exames:

- Pesquisa qualitativa da gordura fecal ou dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas;
- Um dos itens abaixo:
  - Laudo/relatório médico de Radiografia de abdômen;
  - Laudo/relatório médico de Ultrassonografia abdominal;
  - Laudo/relatório médico de Tomografia computadorizada de abdômen;
  - Laudo/relatório médico de Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada;
  - Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética das vias biliares;
  - Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total.

Para pacientes com câncer pancreático, ressecções pancreáticas por outras indicações:

- Laudo médico indicando a presença de esteatorreia.

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).

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.

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.