

AMBRISENTANA

Hipertensão Arterial Pulmonar

Portaria SAS/MS nº 35, de 16 de janeiro de 2014 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 5 mg e 10 mg – comprimido revestido

CIDs contemplados: I27.0, I27.2, I27.8

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 31 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 31 comprimidos

Grupo de financiamento: 1B

Observações: Idade mínima: 18 anos / O diagnóstico para início do tratamento e monitoramento do quadro clínico deverá ser realizado pelos [Serviços de Referência em Hipertensão Arterial Pulmonar](#) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

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 autorizador dos [Serviços de Referência em Hipertensão Arterial Pulmonar](#) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
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).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

Exames	Validade do documento (desde a emissão até a entrega na farmácia)
Laudo do cateterismo cardíaco direito	
Laudo do teste de caminhada de 6 minutos	
β-HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil)	1 mês
Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética)	3 meses
Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica)	3 meses
Hemograma	3 meses

5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (página 38).

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 autorizador dos [Serviços de Referência em Hipertensão Arterial Pulmonar](#) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (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:

Exames	Validade do documento (desde a emissão até a entrega na farmácia)	Periodicidade de entrega do exame na Farmácia
Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética)	3 meses	Trimestralmente
Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica)	3 meses	Trimestralmente
Hemograma	3 meses	Trimestralmente

AMBRISSENTANA – HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (Atualizado em 11/04/2023)



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.