

ALFAEPOETINA

Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco - Alfaepoetina

Portaria SAS/MS nº22, de 03 de novembro de 2022 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10.000 UI injetável – frasco-ampola.**CIDs contemplados:** D46.0; D46.1; D46.4 e D46.7.**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 10.000 UI injetável – 30 frascos-ampola.
- **Para faturamento (SIGTAP):** 10.000 UI injetável – 30 frascos-ampola.

Grupo de financiamento: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.**Observações:**

- Conservar em temperatura de 2°C a 8°C;
- Para o uso de alfaepoetina, serão incluídos apenas pacientes com SMD de baixo risco e anemia sintomática (Hb menor ou igual a 10 g/L);
- Idade Mínima: 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.

ALFAEPOETINA – SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO (Atualizado em 10/01/2023)

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Hemograma completo;
- Escore do Sistema Internacional de Escore Prognóstico (International Prognostic Scoring System [IPSS]) baixo e intermediário-1 ou Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (Revised International Prognostic Scoring System [IPSS-R]) para Síndrome Mielodisplásica de baixo risco (SMD);
- Relatório médico detalhado com a confirmação do diagnóstico de SMD;

A critério do médico prescritor:

- Para pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:
 - β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.

ATENÇÃO: Não é exigido [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#). (páginas 24 e 25 do protocolo)

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 (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 de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP;

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Hemograma com contagem de plaquetas;

A critério do médico prescritor:

- Para pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:

ALFAEPOETINA – SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO (Atualizado em 10/01/2023)

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.

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.