

IMUNOGLOBULINA HUMANA

Anemia Hemolítica Autoimune

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 7, DE JUNHO DE 2025 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 2,5 g e 5,0 g injetável – frasco**CID contemplados:** D59.0, D59.1**Quantidade máxima mensal:****- Para dispensação:** 2,5 g - 200 frascos

5,0 g - 200 frascos

- Para faturamento (SIGTAP): 2,5 g - 200 frascos

5,0 g – 100 frascos

Grupo de financiamento:**- Para imunoglobulina humana 2,5g:** 1B - Aquisição pelo Estado de São Paulo com recurso federal**- Para imunoglobulina humana 5,0g:** 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde**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.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

IMUNOGLOBULINA HUMANA – ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Atualizado em 29/07/2025)

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 identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN;
 - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de
 - comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
 - Hemograma;
 - TCD (Teste de Coombs Direto);
 - Desidrogenase láctica ou haptoglobina ou contagem de reticulócitos.
 - Para a identificação do subtipo: Anti-IgG ou anti-IgA ou Anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas ou Anti-IgG com teste de Donath-Landsteiner.
5. [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 (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 em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);

- Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Hemograma;
- Dosagem sérica – creatinina.

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.