

AMBRISENTANA

Hipertensão Pulmonar

Portaria Conjunta nº 10, de 18 de julho de 2023 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

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 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:

Exames	Validade do documento
	(desde a emissão até a entrega na farmácia)
Laudo do cateterismo cardíaco direito	À critério médico
Laudo do teste de caminhada de 6 minutos	*6 meses
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

*Na impossibilidade de avaliação, a recomendação é a de que seja utilizada a ferramenta simplificada do registro francês ou outra ferramenta de estratificação de risco da preferência do médico para a re-estratificação de risco a cada avaliação.

1. [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 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 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:

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

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.