

## AMBRISENTANA

## Hipertensão Arterial Pulmonar

Portaria Conjunta nº 10, de 18 de julho de 2023 ([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:

<b>Exames</b>	<b>Validade do documento</b> <small>(desde a emissão até a entrega na farmácia)</small>
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](#) (página 26 e 27 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 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:

<b>Exames</b>	<b>Validade do documento</b> <small>(desde a emissão até a entrega na farmácia)</small>	<b>Periodicidade de entrega do exame na Farmácia</b>
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 08/09/2023)



## 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.

**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

