

**Exame(s) necessário(s) para avaliação do Comitê Técnico (anexar cópia)**

| Medicamento                    | Primeira solicitação  | Renovação   |
|--------------------------------|---|---|
| <b>Oncológicos (Geral)</b>     | Exame Anatomopatológico (Não há necessidade para Leucemia) e Relatório Médico.  | Relatório Médico atualizado   |
| <b>Metilfenidato</b>           | Relatório completo, evolutivo e atualizado da equipe multidisciplinar que acompanha opaciente ( <b>Psicólogo, Terapeuta Ocupacional ou Psicopedagogo</b> ) dos últimos 6 meses. <u>Pode ser cópia</u>   | Relatório completo, evolutivo e atualizado da equipe multidisciplinar que acompanha opaciente ( <b>Psicólogo, Terapeuta Ocupacional ou Psicopedagogo</b> ) dos últimos 6 meses. <u>Pode ser cópia</u>   |
| <b>Lisdexanfetamina</b>        |   |   |
| <b>Tamoxifeno</b>              |   |   |
| <b>Anastrozol</b>              |   |   |
| <b>Exemestano</b>              | Exame imunohistoquímico para receptores hormonais, anatomopatológico e Relatório Médico.  | Relatório Médico atualizado   |
| <b>Letrozol</b>                |   |   |
| <b>Fuvestrano</b>              |   |   |
| <b>Cetuximabe</b>              | Exame Anatomopatológico; pesquisa de mutações no gene <b>KRAS e NRAS</b> ; e Relatório Médico.  | Relatório Médico atualizado   |
| <b>Insulinas Análogas</b>      | Hemoglobina glicada (Hb1c) e glicemia de jejum (validade até 90 dias).<br><u>Relatório médico atestando hipoglicemia sevse houver.</u>  | Relatório Médico atualizado   |
| <b>Bevacizumabe (DMRI)</b>     | <b>Laudo completo</b> dos exames:<br><br>• Mapeamento de retina;<br>• Angiografia fluoresceína;<br>• OCT - tomografia de coerência óptica.<br><br>(Exames realizados dentro dos últimos 6 meses).   | <b>Laudo completo</b> dos exames:<br>• Mapeamento de retina;<br>• Angiografia fluoresceína;<br>• OCT - tomografia de coerência óptica.<br>(Exames realizados dentro dos últimos 6 meses).<br><br><u>*Incluir relatório médico justificando a continuidade das aplicações.</u> |
| <b>Teriparatida</b>            | • Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12meses);<br>• Laudo das radiografias que comprovem fraturas, <u>se houver.</u>  | Relatório Médico atualizado   |
| <b>Denosumabe</b>              | • Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12meses)<br>• Prova de função renal: Albumina, Ureia, Creatinina, Cálcio, Sódio, Potássio, Fósforo) - últimos 12meses,<br>• Laudo das radiografias que comprovem fraturas, <u>se houver.</u>   | • Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12meses);<br>• Relatório médico atualizado   |
| <b>Ácido Zoledrônico</b>       | • Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12meses),<br>• Creatinina, Cálcio, Vitamina D (últimos 6 meses);<br>• Laudo das radiografias que comprovem fraturas, <u>se houver.</u>   | • Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12meses),<br>• Creatinina, Cálcio, Vitamina D (últimos 6 meses);<br>• Relatório médico atualizado  |
| <b>Omalizumabe (Úrticária)</b> | Exame realizados nos últimos 06 meses: hemograma,VHS ou PCR, PPF ( 3 amostras),dosagem de IgE, Dosagem de dímero D.<br>AS7 (anexo ou similar ) preenchido pelo paciente e vistado pelo médico por pelo menos 2 semanas ou UCT preenchido pelo paciente e vistado pelo médico(anexo).<br><br>Relatório médico justificando o diagnóstico, a exclusão de outros tipos de urticária, a data de início de acompanhamento (mínimo de 3 meses), quais foram os anti- histamínicos utilizados com dose e em ordem cronológica. Uso atual de anti-histamínicos na dose de 4 vezes a dose de bula por no mínimo 30 dias (constar no relatório ou formulário) | <b>Não há renovação pois a terapia de atendimento é para até 9 meses.</b><br><br>Caso tenha que repetir, deverá ser submetido nova avaliação em Centro de Referência com mesmos exames da primeira solicitação.   |

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <b>Bomba de Infusão de Insulina</b> | <p><b>PARA TODOS OS SOLICITANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição dos insumos;</li> <li>• Relatório médico com justificativa da indicação de bomba de insulina <u>constando se já possui a bomba (informar modelo)</u>;</li> <li>• Três resultados de hemoglobina glicada(caso não possua 3, apresentar justificativa);</li> </ul> <p><b>A) JÁ UTILIZAM A BOMBA E PEDEM INSUMOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório extraído da memória da bomba (período <b>MÍNIMO de 30 dias</b>);</li> </ul> <p><b>B) NÃO UTILIZAM A BOMBA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório extraído da memória do glicosímetro do paciente contendo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- glicemia média</li> <li>- desvio padrão (DP) ou coeficiente de variação (CV)</li> <li>- número de medidas de glicemia capilar</li> <li>- % tempo acima de 180 mg/dl</li> <li>- % tempo entre 70-180mg/dl</li> <li>- % tempo &lt; 70 mg/dl</li> <li>- tabela com valores de glicemia medidas (relatório diário).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>C) UTILIZAM DISPOSITIVO DE CONTROLE DE GLICEMIA INTESTICIAL (EX. FREESTYLE LIBRE):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório extraído da memória do libre:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- AGP Libre</li> <li>Relatório diário libre.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição dos insumos,</li> <li>• Relatório médico constando a evolução da hemoglobina glicada</li> <li>• Exame de hemoglobina glicada (dos últimos 12 meses).</li> </ul> |
|-------------------------------------|--|--|

| Doença                          | Primeira solicitação  | Renovação                   |
|---------------------------------|---|-----------------------------|
| Puberdade Precoce               | Raio-X com idade óssea dos últimos 6 meses,LH e FSH (com testes de estímulo, <u>se houver</u> ) | Relatório Médico atualizado |
| Hidradenite e Psoríase          | Exames: PPD, sorologia de hepatite B, C e HIV;  | Relatório Médico atualizado |
| Hiperplasia Benigna de Próstata | Laudo do ultrassom de próstata  | Relatório Médico atualizado |

| Nutrição                                  | Primeira solicitação  | Renovação  |
|---|---|--|
| Nutrição Enteral (Geral)                  | Receita médica/nutricional constando <b>nomegenérico da fórmula enteral, volume/posologia, via de acesso</b> (Item 4.2 do formulário – Nasogástrica, Nasoduodenal,Nasojejunal, Gastrostomia, Jejunostomia), assinado, datado e carimbado. | Receita médica/nutricional constando <b>nomegenérico da fórmula enteral, volume/posologia, via de acesso</b> (Item 4.2 do formulário – Nasogástrica, Nasoduodenal,Nasojejunal, Gastrostomia, Jejunostomia), assinado, datado e carimbado e <b>Relatório Médico justificando a continuidade ou troca.</b> |
| Nutrição Enteral Para paciente Oncológico | Exame anatomo patológico e RelatórioMédico atualizado.  | Relatório Médico atualizado  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Fórmulas Infantil para Alergia a proteína do Leite de Vaca (APLV) para &gt;2anos</b>                         | Relatório Médico completo, evolutivo e atualizado, <b>constando teste de provocação datado dos últimos 3 meses.</b>   | Relatório Médico completo, evolutivo e atualizado, <b>constando teste de provocação datado dos últimos 3 meses.</b> |
| <b>Fórmulas Metabólicas (Doenças Metabólicas – Erros Inatos do Metabolismo – Item 5 Alínea C do Formulário)</b> | Exames Comprobatórios da patologia;<br>Relatório Médico atualizado e Receita médica/nutricional contendo quantidade necessária de proteína em gramas por dia. | Receita médica/nutricional contendo <b>quantidade necessária de proteína em gramas por dia.</b>                     |

Versão atualizada em 14/04/2022.