

**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>	Exame imunohistoquímico para receptores hormonais, anatomopatológico e Relatório Médico.	Relatório Médico atualizado
<b>Anastrozol</b>		
<b>Exemestano</b>		
<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). Relatório médico atestando hipoglicemia <u>se/se houver</u> .	Relatório Médico atualizado
<b>Bevacizumabe (DMRI)</b>	<b>Laudos completos</b> dos exames: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapeamento de retina;</li> <li>• Angiografia fluoresceína;</li> <li>• OCT - tomografia de coerência óptica.</li> </ul> (Exames realizados dentro dos últimos 6 meses).	<b>Laudos completos</b> dos exames: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapeamento de retina;</li> <li>• Angiografia fluoresceína;</li> <li>• OCT - tomografia de coerência óptica.</li> </ul> (Exames realizados dentro dos últimos 6 meses).  <u>*Incluir relatório médico justificando a continuidade das aplicações.</u>
<b>Ranibizumabe</b>		
<b>Teriparatida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12 meses);</li> <li>• Laudo das radiografias que comprovem fraturas, <u>se houver</u>.</li> </ul>	Relatório Médico atualizado
<b>Denosumabe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12 meses)</li> <li>• Prova de função renal: Albumina, Ureia, Creatinina, Cálcio, Sódio, Potássio, Fósforo) - últimos 12 meses,</li> <li>• Laudo das radiografias que comprovem fraturas, <u>se houver</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12 meses);</li> <li>• Relatório médico atualizado</li> </ul>
<b>Ácido Zoledrônico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12 meses),</li> <li>• Creatinina, Cálcio, Vitamina D (últimos 6 meses);</li> <li>• Laudo das radiografias que comprovem fraturas, <u>se houver</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo e Imagens do exame de densitometria óssea (dos últimos 12 meses),</li> <li>• Creatinina, Cálcio, Vitamina D (últimos 6 meses);</li> <li>• Relatório médico atualizado</li> </ul>
<b>Omalizumabe (Úrticária)</b>	<p>Exames realizados nos últimos 06 meses: hemograma, VHS ou PCR, PPF ( 3 amostras), dosagem de IgE, Dosagem de dímero D.</p> <p>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).</p> <p>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)</p>	<p><b>Não há renovação pois a terapia de atendimento é para até 9 meses.</b></p> <p>Caso tenha que repetir, deverá ser submetido a nova avaliação em Centro de Referência com mesmos exames da primeira solicitação.</p>

<p><b>Bomba de Infusão de Insulina</b></p>	<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 INSTESTICIAL (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> </ul> </li> <li>Relatório diário libre.</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
<b>Puberdade Precoce</b>	Raio-X com idade óssea dos últimos 6 meses, LH e FSH (com testes de estímulo, <u>se houver</u> )	Relatório Médico atualizado
<b>Hidradenite e Psoríase</b>	Exames: PPD, sorologia de hepatite B, C e HIV;	Relatório Médico atualizado
<b>Hiperplasia Benigna de Próstata</b>	Laudo do ultrassom de próstata	Relatório Médico atualizado

Nutrição	Primeira solicitação	Renovação
<b>Nutrição Enteral (Geral)</b>	Receita médica/nutricional constando <b>nome genérico 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>nome genérico 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>
<b>Nutrição Enteral Para paciente Oncológico</b>	Exame anatomopatológico e Relatório Médico 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</b> datado dos últimos 3 meses.	Relatório Médico completo, evolutivo e atualizado, <b>constando teste de provocação</b> datado dos últimos 3 meses.
<b>Fórmulas Metabólicas</b> (Doenças Metabólicas – Erros Inatos do Metabolismo – Item 5 Alínea C do Formulário)	Exames Comprobatórios da patologia; 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.