

## IMUNOGLOBULINA – ANTI RH (D)

### Isoimunização Rh em Gestantes

Resolução SS nº 199, de 06 de outubro de 2010 ([Resolução na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 300 mcg injetável – ampola

**CIDs contemplados:** O36.0, T80.4, Z34.9, Z35.9

**Quantidade máxima:**

- Para dispensação: 01 ampola

**Responsável pelo financiamento:** Secretaria de Estado da Saúde

#### Observações:

Conservar em temperatura de 2 e 8 °C, ao abrigo da luz.

Condições para dispensação: na 28ª semana de gestação (considerar sua utilização até a 34ª semana), nas síndromes hemorrágicas, após aborto ou óbito fetal, após trauma abdominal, após procedimento invasivo, após realização de versão cefálica externa e na ocorrência de transfusão sanguínea incompatível.

#### 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.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D) – ISOIMUNIZAÇÃO RH EM GESTANTES (Atualizado em 03/01/2019)



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Protocolos e Normas Técnicas Estaduais

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 e comprovante de endereço com CEP;

III – Número de telefone do representante.

IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D) – ISOIMUNIZAÇÃO RH EM GESTANTES (Atualizado em 03/01/2019)



Sistema  
Único  
de Saúde

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

##### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
3- Nome completo do Paciente*				5- Peso do paciente*		kg	
4- Nome da Mãe do Paciente*				6- Altura do paciente*		cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
11- Anamnese*							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:							
<b>13- Atestado de capacidade*</b>							
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento							
14- Nome do médico solicitante*						17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*				16- Data da solicitação*			
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*				20- Telefone(s) para contato do paciente			
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela							
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____							
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação							
21- Número do documento do paciente				23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*			
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS							
22- Correio eletrônico do paciente							

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Protocolos e Normas Técnicas Estaduais

3. Cópia de documentos pessoais do paciente
- Documento de identidade;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

Para mães durante o período gestacional:

- Tipagem sanguínea com fator Rh da mãe;
- Coombs Indireto, com resultado negativo, na 28<sup>ª</sup> semana de gestação (considerar sua utilização até a 34<sup>ª</sup> semana se for ultrapassada a época preconizada) no puerpério.

Nas demais situações abaixo apresentar relatório médico:

- Nas síndromes hemorrágicas (abortamento, gestação ectópica, gestação molar, placenta de inserção baixa, descolamento prematuro de placenta, sangramentos inexplicados, etc.);
- Após aborto ou óbito fetal;
- Após trauma abdominal;
- Após procedimento invasivo – (Cordocentese, Amniocentese, Biopsia de Vilo Corial);
- Após realização de versão cefálica externa;
- Na ocorrência de transfusão incompatível.

A critério do médico prescritor:

- Tipagem sanguínea com fator Rh do pai.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

### Renovação da continuidade

Não há recomendação para uso contínuo do medicamento.

IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D) – ISOIMUNIZAÇÃO RH EM GESTANTES (Atualizado em 03/01/2019)