Nota Técnica 582401

Data de conclusão: 30/09/2026 16:54:30

Paciente

Nome: [redacted]

Data de Nascimento: 16/05/1966

Idade: 60 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Araçatuba/SP

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Número do Processo: 5001815-81.2026.4.03.6703

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 6º Núcleo de Justiça 4.0

Tecnologia 582401-A

CID: C90.0 - Mieloma múltiplo

Diagnóstico: Mieloma Múltiplo

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudos apensos ao processo
laudos de biópsia de medula óssea com imuno-histoquimica

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: REVLIMID I LENALIDOMIDA

Princípio Ativo: LENALIDOMIDA

Via de administração: VO

Posologia: 25mg VO 1x dia d1-21; ciclos a cada 28 dias

Uso contínuo? Não informado

Duração do tratamento: (Indeterminado)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: No SUS está disponível a talidomida e mais recentemente a lenalidomida. Na saúde suplementar há lenalidomida e pomalidomida, e outras classes terapeuticas como biespecificos (talquetamabe, teclsitamabe, elranatamabe).

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: Referência:
REVLIMID
Similares:
LENANGIO, NUVYOR
Genéricos:
DR. REDDYS FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA
EUROFARMA LABORATORIOS S.A.
SUN FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA

Custo da Tecnologia

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Laboratório: EUROFARMA LABORATORIOS S.A.

Marca Comercial: NUVYOR

Apresentação: 25 MG CAP DURA CT BL AL PLAS PVC/PCTFE TRANS X 21

Preço de Fábrica: 22.382,36

Preço Máximo de Venda ao Governo: 17.563,44

Preço Máximo ao Consumidor: 30.025,14

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Dose Diária Recomendada: 25 mg

Preço Máximo de Venda ao Governo: 17.563,44

Preço Máximo ao Consumidor: 30.025,14

Fonte do custo da tecnologia: CMED - custo mensal estimado de R$17.563,43, custo anual estimado de R$210.761,16

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O mieloma múltiplo é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea, com produção excessiva de imunoglobulina monoclonal, podendo levar a complicações como lesões ósseas líticas, anemia, insuficiência renal e acometimento extramedular.
O tratamento do mieloma múltiplo é baseado em esquemas combinados que incluem inibidores de proteassoma, imunomoduladores e corticosteroides, podendo ser seguido de transplante autólogo de medula óssea em pacientes elegíveis. No entanto, trata-se de doença incurável, com curso caracterizado por recaídas sucessivas e desenvolvimento progressivo de refratariedade.
Nesse contexto, a lenalidomida, agente imunomodulador análogo da talidomida, representa uma das principais opções terapêuticas em diretrizes internacionais para pacientes com mieloma múltiplo recidivado/refratário, especialmente após falha a bortezomibe e talidomida, como observado neste caso. Seu uso é geralmente realizado em combinação com dexametasona e/ou outros agentes, com benefício consistente em termos de resposta tumoral e controle de doença.
Adicionalmente, destaca-se que o esquema combinado com daratumumabe, lenalidomida e dexametasona (DRd), no qual a lenalidomida está inserida, foi avaliado no estudo POLLUX, ensaio clínico randomizado de fase III que incluiu pacientes com mieloma múltiplo recidivado ou refratário após pelo menos uma linha prévia de tratamento. Nesse estudo, a adição de daratumumabe ao regime lenalidomida e dexametasona resultou em redução de 63% no risco de progressão ou morte (HR 0,37; $p < 0,001$ na análise inicial), com benefício sustentado em seguimento prolongado (mediana de sobrevida livre de progressão de 44,5 meses vs 17,5 meses; HR 0,44). Houve ainda aumento significativo da taxa de resposta global (93% vs 76%), maior proporção de respostas profundas (resposta completa ou melhor em 56% vs 23%) e maior negativação de doença residual mínima (30% vs 5%), indicando respostas mais

duradouras e de maior qualidade.
Importante ressaltar que o benefício do esquema DRd foi consistente em subgrupos clinicamente relevantes, incluindo pacientes previamente tratados com bortezomibe, idosos e com doença de maior risco, perfil que se aproxima do caso em análise. Além disso, observou-se ganho em sobrevida global, com redução de 32% no risco de morte em seguimento prolongado, reforçando o impacto clínico da estratégia terapêutica.
O perfil de segurança do regime foi considerado manejável, sem identificação de novos sinais de toxicidade ao longo do seguimento. Os principais eventos adversos foram hematológicos, especialmente neutropenia, além de infecções, sendo as reações infusionais relacionadas ao daratumumabe predominantemente leves a moderadas e concentradas nas primeiras administrações.
Dessa forma, a evidência científica disponível, baseada em ensaios clínicos randomizados de fase III e seguimento de longo prazo, demonstra que a lenalidomida, particularmente quando utilizada em combinação com daratumumabe e dexametasona, constitui estratégia terapêutica eficaz e segura para pacientes com mieloma múltiplo recidivado e refratário, especialmente em cenários de múltiplas linhas prévias e limitação de alternativas terapêuticas, como observado no presente caso.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Os resultados esperados com o uso da lenalidomida incluem melhora da sobrevida livre de progressão, aumento das taxas de resposta ao tratamento e maior controle da doença, especialmente em pacientes com mieloma múltiplo recidivado e refratário. Em pacientes previamente expostos a múltiplas linhas terapêuticas, como no presente caso, a lenalidomida está associada à retomada de resposta tumoral e retardo da progressão da doença, com impacto direto na evolução clínica.
Quando utilizada em combinação com dexametasona e/ou outros agentes, a lenalidomida também está associada a maior profundidade de resposta, incluindo respostas completas e respostas muito boas parciais, além de maior duração da resposta, o que se traduz em maior tempo até necessidade de novas linhas terapêuticas.
Esses benefícios são sustentados por evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados de fase III, que demonstram superioridade de esquemas contendo lenalidomida em comparação a terapias sem o fármaco no cenário de mieloma múltiplo recidivado ou refratário, com perfil de segurança considerado manejável. No contexto de doença altamente tratada, como no presente caso, tais benefícios são particularmente relevantes diante da limitação de alternativas terapêuticas eficazes disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

A PORTARIA SCTIE/MS Nº 26, DE 28 DE MAIO DE 2026 Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito
do Sistema Único de Saúde - SUS, a lenalidomida para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticados que foram submetidos ao transplante de células-tronco, conforme Protocolo Clínico do Ministério da Saúde.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Recomendada

Conclusão

Tecnologia: LENALIDOMIDA

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: CONSIDERANDO o diagnóstico de MIELOMA MÚTILPLO REFRATÁRIO,

conforme dados médicos e laudos de biópsia acostados ao processo.
CONSIDERANDO que o medicamento LENALIDOMIDA apresenta estudos clínicos que demonstram benefícios em desfechos substitutivos, como tempo até progressão, após falha de uma linha de tratamento prévia.

CONSIDERANDO que há evidência em literatura médico-científica que a terapia com LENALIDOMIDA associada a dexametasona e imunoterápicos como bortezomibe ou daratumumabe traz benefícios a pacientes na situação acima.
CONSIDERANDO o parecer técnico da CONITEC aprovando a incorporação da medicação apenas na manutenção pós transplante de.células tronco hematopoiéticas

CONCLUI-SE que HÁ elementos técnicos para sustentar a indicação de LENALIDOMIDA no presente caso, com urgência.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Sim

Justificativa: Com risco potencial de vida

Referências bibliográficas: Richardson PG, Weller E, Lonial S, et al. Lenalidomide, bortezomib, and dexamethasone combination therapy in patients with newly diagnosed multiple myeloma. Blood 2010; 116:679.

Kumar S, Flinn I, Richardson PG, et al. Randomized, multicenter, phase 2 study (EVOLUTION) of combinations of bortezomib, dexamethasone, cyclophosphamide, and lenalidomide in previously untreated multiple myeloma. Blood 2012; 119:4375.

Roussel M, Lauwers-Cances V, Robillard N, et al. Front-line transplantation program with lenalidomide, bortezomib, and dexamethasone combination as induction and consolidation followed by lenalidomide maintenance in patients with multiple myeloma: a phase II study by the Intergroupe Francophone du My√©lome. J Clin Oncol 2014; 32:2712.

Rosi√±ol L, Oriol A, Rios R, et al. Bortezomib, lenalidomide, and dexamethasone as induction therapy prior to autologous transplantation in multiple myeloma. Blood 2019.

Durie BG, Hoering A, Abidi MH, et al. Bortezomib with lenalidomide and dexamethasone versus lenalidomide and dexamethasone alone in patients with newly diagnosed myeloma without intent for immediate autologous stem-cell transplant (SWOG S0777): a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet 2017; 389:519.

Niesvizky R, Naib T, Christos PJ, et al. Lenalidomide-induced myelosuppression is associated with renal dysfunction: adverse events evaluation of treatment-na√Øve patients undergoing front-line lenalidomide and dexamethasone therapy. Br J Haematol 2007; 138:640.

Facon T, Kumar S, Plesner T, et al. Daratumumab plus Lenalidomide and Dexamethasone for Untreated Myeloma. N Engl J Med 2019; 380:2104.

NatJus Responsável: Nacional

Instituição Responsável: Hospital Israelita Albert Einstein

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Em atenção ao Tema 6 do STF e seu 4º requisito, considera-se que uma tecnologia possui evidência científica quando está embasada em: 1) ensaios clínicos randomizados, 2) revisões sistemáticas ou 3) meta-análises. Caso não atenda a esses critérios, será considerada sem evidência científica.

Tecnologia 582401-B

CID: C90.0 - Mieloma múltiplo

Diagnóstico: Mieloma múltiplo

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Relatório médico e exames complementares

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: DARATUMUMABE

Via de administração: SC

Posologia: 1800mg SC semanal no C1-2
1800mg SC quinzenal no C3-6
1800mg SC mensal do C7 em diante

Uso contínuo? Sim

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: DARATUMUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: No SUS os anticorpos monoclonais anti-CD38 não estão disponíveis, na saúde suplementar temos daratumumabe e isatuximabe.
No SUS o único imunomodulador disponível é a talidomida. Na saúde suplementar há lenalidomida e pomalidomida, e outras classes terapêuticas como biespecíficos (talquetamabe, teclsitamabe, elranatamabe).

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: DARATUMUMABE

Laboratório: JANSSEN-CILAG FARMACEUTICA LTDA

Marca Comercial: Danlivi

Apresentação: 1800 MG SOL INJ CT FA VD TRANS X 15 ML

Preço de Fábrica: 31.803,86

Preço Máximo de Venda ao Governo: 20.195,78

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: DARATUMUMABE

Dose Diária Recomendada: 1800 mg

Preço Máximo de Venda ao Governo: 80.783,12

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: CMED - custo mensal semanal R$ 80.783,12; quinzenal R$ 40.391,56, custo anual estimado do 1o ano R$444.307,16, anos seguintes R$ 242.349,36

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: DARATUMUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia que acomete a medula óssea que encontra-se infiltrada por células neoplásicas derivadas dos plasmócitos anômalos. Os pacientes apresentam anemia, fraturas patológicas, insuficiência renal e alterações do cálcio.
Embora seja considerada uma doença incurável, com o advento de novas terapias os pacientes tem apresentado longos períodos de sobrevida global.

Os pacientes com doença recidivada e refratária podem ser resgatados com diferentes esquemas terapêuticos, sendo a associação de anticorpo monoclonal com agentes imunomoduladores de segunda geração uma das principais opções terapêuticas aprovadas no Brasil

O estudo POLLUX foi um ensaio clínico de fase III, multicêntrico, randomizado e aberto, que avaliou a adição de daratumumabe ao regime padrão composto por lenalidomida e dexametasona (Rd) em pacientes com mieloma múltiplo recidivado ou refratário (MMRR) que haviam recebido ao menos uma linha prévia de tratamento. Um total de 569 pacientes foi randomizado na proporção 1:1 para receber daratumumabe + Rd (D-Rd) ou Rd isolado, sendo o daratumumabe administrado por via intravenosa na dose de 16 mg/kg semanalmente nos ciclos 1 e 2, a cada 2 semanas do ciclo 3 ao 6, e mensalmente a partir do ciclo 7, até progressão da doença ou toxicidade inaceitável.

O desfecho primário foi a sobrevida livre de progressão (SLP) avaliada por revisão independente, com desfechos secundários incluindo taxa de resposta global (ORR), profundidade de resposta (VGPR, CR e MRD), sobrevida global (SG) e segurança. Após uma mediana de acompanhamento inicial de 13,5 meses, a SLP mediana não havia sido alcançada no braço D-Rd, em contraste com 17,4 meses no braço Rd (HR 0,37; IC 95% 0,27–0,52; $p < 0,001$), representando uma redução de 63% no risco de progressão ou morte. Com seguimento prolongado de 79,7 meses, o benefício de SLP manteve-se substancial, com mediana de 44,5 meses para D-Rd versus 17,5 meses para Rd (HR 0,44; IC 95% 0,35–0,55).

A sobrevida global (SG), desfecho secundário, também mostrou vantagem clinicamente significativa com o esquema D-Rd. Após seguimento de mais de 6,5 anos, a mediana de SG foi de 67,6 meses no grupo D-Rd, comparada a 51,8 meses no grupo Rd, com redução de 32% no risco de morte (HR 0,68; IC 95% 0,53–0,86; $p = 0,0013$). Esse benefício foi consistente em todos os subgrupos analisados, incluindo pacientes refratários a bortezomibe, com alto risco citogenético e idosos (>65 anos).

As taxas de resposta global (ORR) foram significativamente superiores no braço D-Rd (93%) comparadas ao braço Rd (76%, $p < 0,001$). A proporção de pacientes com resposta completa (CR) ou melhor foi de 56% no D-Rd contra 23% no Rd, e a taxa de resposta muito boa parcial (VGPR) atingiu 79% versus 49%, respectivamente. A negatividade de doença residual mínima (MRD) avaliada por citometria de alta sensibilidade (10^{-5}) foi alcançada em 30% dos pacientes no D-Rd contra 5% no Rd, refletindo respostas mais profundas e duradouras. A duração mediana da resposta também foi consideravelmente maior no braço com daratumumabe.

O perfil de segurança do D-Rd foi compatível com os dados previamente conhecidos. Os eventos adversos grau 3-4 mais frequentes foram neutropenia (51% vs 35%), infecções (29% vs 23%), anemia (12% vs 20%) e trombocitopenia (13% vs 14%). As reações infusionais ocorreram em aproximadamente 48% dos pacientes, majoritariamente durante a primeira infusão, e foram predominantemente de grau 1-2, manejáveis com medidas padrão de pré-medicação e ajuste de infusão. Não foram observados novos sinais de toxicidade com o seguimento prolongado.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: O daratumumabe, anticorpo monoclonal anti-CD38, quando associado à lenalidomida e dexametasona (esquema DRd), proporciona benefício clínico no tratamento do mieloma múltiplo recidivado/refratário, especialmente em pacientes previamente expostos a uma ou mais linhas terapêuticas.

A utilização desse regime está associada a aumento das taxas de resposta global, com maior proporção de respostas profundas, incluindo respostas completas e respostas completas rigorosas, além de maior frequência de negativação de doença residual mínima, refletindo maior profundidade de resposta. Observa-se também prolongamento significativo da sobrevida

livre de progressão, com redução consistente do risco de progressão da doença ou óbito, bem como tendência à melhora da sobrevida global em análises com seguimento mais prolongado.
Além disso, o esquema DRd promove controle mais duradouro da doença, retardando a necessidade de novas linhas de tratamento, e contribui para melhora de desfechos clínicos e sintomáticos, como redução de anemia, dor óssea e eventos relacionados ao esqueleto, com impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes.
Esses benefícios são sustentados por evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados de fase III, especialmente o estudo POLLUX, que demonstrou superioridade do regime contendo daratumumabe em comparação ao tratamento padrão com lenalidomida e dexametasona isoladamente, consolidando o esquema DRd como uma opção terapêutica eficaz nesse cenário.
A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) avaliou o daratumumabe em diferentes cenários terapêuticos para o tratamento do mieloma múltiplo recidivado ou refratário (MMRR), tendo recomendado, em todas as análises concluídas até o momento, a não incorporação da tecnologia no Sistema Único de Saúde (SUS).
Inicialmente, a Conitec recomendou a não incorporação do daratumumabe em monoterapia ou em associação a outras terapias antineoplásicas para o controle do MMRR. Esse tema foi discutido na 104ª Reunião Ordinária da Comissão, realizada nos dias 08 e 09/12/2021, com decisão final publicada em 14/03/2022. Na ocasião, o Plenário considerou, entre outros aspectos, os resultados de efetividade clínica disponíveis e, principalmente, os indicadores de eficiência, destacando-se a estimativa de impacto orçamentário elevado para o sistema de saúde em caso de incorporação da tecnologia.
Posteriormente, a Conitec também avaliou o daratumumabe em combinação com bortezomibe e dexametasona para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo recidivado e/ou refratário que haviam recebido uma única linha prévia de tratamento no SUS. Esse processo foi igualmente encerrado com decisão de não incorporação, formalizada em 20/10/2023, mantendo-se como principal justificativa a relação custo-efetividade considerada desfavorável frente às alternativas já disponíveis no sistema público.
Dessa forma, até o presente momento, não há recomendação favorável da Conitec para a incorporação do daratumumabe no SUS em nenhum dos cenários avaliados para o tratamento do mieloma múltiplo recidivado ou refratário.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não Recomendada

Conclusão

Tecnologia: DARATUMUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: CONSIDERANDO o diagnóstico de mieloma múltiplo recidivado e refratário, conforme dados contidos nos autos.
CONSIDERANDO a solicitação da medicação Daratumumabe.
CONSIDERANDO o diagnóstico referido de mieloma múltiplo recidivado e refratário, conforme relatórios médicos e documentos acostados aos autos;
CONSIDERANDO a solicitação da medicação Daratumumabe, anticorpo monoclonal anti-CD38 aprovado pela ANVISA para o tratamento do mieloma múltiplo recidivado ou refratário, podendo ser utilizado em monoterapia ou em associação a lenalidomida, bortezomibe ou carfilzomibe, conforme esquemas validados em ensaios clínicos internacionais de fase III;

CONSIDERANDO que o Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus), ao emitir parecer médico, atua de forma documental e não presencial, sem acesso direto ao prontuário clínico completo, limitando-se exclusivamente às informações constantes nos autos, conforme determinado por seus parâmetros técnicos e legais;
CONSIDERANDO que o Daratumumabe apresenta eficácia clínica comprovada em múltiplos estudos de fase III, com destaque para os ensaios CASTOR (daratumumabe + bortezomibe + dexametasona) e POLLUX (daratumumabe + lenalidomida + dexametasona), que demonstraram melhora expressiva na sobrevida livre de progressão, taxas de resposta global superiores a 80% e aumento de sobrevida global em seguimento prolongado, com perfil de segurança favorável;
CONSIDERANDO, entretanto, que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), ao avaliar a incorporação do Daratumumabe para o tratamento do mieloma múltiplo recidivado/refratário, emitiu parecer desfavorável, fundamentado no elevado impacto orçamentário e na ausência de custo-efetividade compatível com os parâmetros do SUS, apesar da relevância clínica e da robustez das evidências científicas;
CONSIDERANDO, ainda, os Temas 6 e 1234 do Supremo Tribunal Federal (STF), que determinam como requisitos para o fornecimento judicial de tecnologias não incorporadas ao SUS a comprovação inequívoca do diagnóstico, da indicação terapêutica e da inexistência de alternativa disponível no sistema público, sob pena de violação ao princípio da isonomia e ao planejamento orçamentário da saúde pública;
CONCLUI-SE desfavoravelmente ao provimento da presente solicitação tendo em vista a manifestação negativa da CONITEC, em consonância com os temas 6 e 1234 do STF.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

- Chari A, Martinez-Lopez J, Mateos MV, Bladé J, Benboubker L, Oriol A, Arnulf B, Rodriguez-Otero P, Pineiro L, Jakubowiak A, de Boer C, Wang J, Clemens PL, Ukropec J, Schecter J, Lonial S, Moreau P. Daratumumab plus carfilzomib and dexamethasone in patients with relapsed or refractory multiple myeloma. Blood. 2019;134(5):421–431.

- Landgren O, Sonneveld P, Jakubowiak A, Mohty M, Iskander KS, Mezzi K, Siegel DS. Carfilzomib with immunomodulatory drugs for the treatment of newly diagnosed multiple myeloma. Leukemia. 2019;33(9):2127–2141.

- Spencer A, Lentzsch S, Weisel K, Avet-Loiseau H, Mark TM, Spicka I, Masszi T, Lauri B, Levin MD, Bosi A, Hungria V, Cavo M, Lee JJ, Nooka AK, Quach H, Lee C, Barreto W, Corradini P, Min CK, Scott EC, Chanan-Khan AA, Horvath N, Capra M, Beksac M, Ovilla R, Jo JC, Shin HJ, Sonneveld P, Soong D, Casneuf T, Chiu C, Amin H, Qi M, Thiyagarajah P, Sasser AK, Schecter JM, Mateos MV. Daratumumab plus bortezomib and dexamethasone versus bortezomib and dexamethasone in relapsed or refractory multiple myeloma: updated analysis of CASTOR. Haematologica. 2018;103(12):2079–2087.

- Weisel K, Ludwig H, Rieth A, Lebioda A, Goldschmidt H. Health-related quality of life of

carfilzomib- and daratumumab-based therapies in patients with relapsed/refractory multiple myeloma based on German benefit assessment data. Qual Life Res. 2020;29(1):69–79.

NatJus Responsável: Nacional

Instituição Responsável: Hospital Israelita Albert Einstein

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Em atenção ao Tema 6 do STF e seu 4º requisito, considera-se que uma tecnologia possui evidência científica quando está embasada em: 1) ensaios clínicos randomizados, 2) revisões sistemáticas ou 3) meta-análises. Caso não atenda a esses critérios, será considerada sem evidência científica.