

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: Anemia Hemolítica Autoimune

CID 10: D59.0; D59.1

1. Medicamentos

Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)
Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)
Ciclosporina 25 mg (por cápsula)
Ciclosporina 50 mg (por cápsula)
Ciclosporina 100 mg (por cápsula)
Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml)

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**2.1 Documentos pessoais;**

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios;

2.3 Exames:**SOLICITAÇÃO INICIAL****OBRIGATÓRIOS**

- () Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma);
- () Cópia do teste de Coombs direto (TCD).

APRESENTAR AO MENOS UM DOS TRÊS

- () Cópia do exame de contagem de Reticulócitos;
- () Cópia do exame de dosagem de Desidrogenase láctica (DHL);
- () Cópia do exame de dosagem de Haptoglobina.

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

Para todos os medicamentos:

() Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma);

Para Ciclofosfamida:

() Cópia da dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP);

() Cópia da dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);

() Cópia da dosagem de GAMA-GT;

() Cópia da dosagem de bilirrubinas;

Para Ciclosporina:

() Cópia do exame de Creatinina Sérica;

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Hematologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao serviço munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 27, de 26 de novembro de 2018.

Para o recebimento de **IMUNOGLOBULINA HUMANA** trazer caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à
Farmácia Especializada da Paraíba.**