

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos
(Última revisão: 30/07/2025)**PCDT: Asma****CID10:** J45.0, J45.1 e J45.8**1. Medicamentos**

- Budesonida 200 mcg (por cápsula inalante)
- Budesonida 400 mcg (por cápsula inalante)
- Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg (por cápsula inalante)
- Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg (por cápsula inalante)
- Mepolizumabe 100mg/ml sol. injetável **IDADE MÍNIMA: 18 ANOS**
- Omalizumabe 150mg sol. injetável (frasco-ampola 2 mL) **IDADE MÍNIMA: 6 ANOS**

2. Documentos Necessários:**2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):**

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora** + RG e CPF do representante

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):**Solicitação Inicial:**

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo médico**: descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (incluindo a frequência), obtidos na anamnese e no exame físico. Informar se paciente realiza tratamento para a asma e a quanto tempo.
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

Renovação (a cada seis meses):

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica dos sinais e sintomas realizados, incluindo a frequência, obtidos na anamnese e no exame físico. Informar se paciente realiza tratamento para a asma e há quanto tempo.

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):**SOLICITAÇÃO INICIAL****Para todos os medicamentos:**

() Cópia do exame de **ESPIROMETRIA** demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador – **No caso da impossibilidade da realização do exame, apresentar uma justificativa médica;**

Para Mepolizumabe:

() Cópia do exame de Hemograma (dosagem de eosinófilos)

Para Omalizumabe:

() Cópia do exame de Hemograma (dosagem de eosinófilos)
() Cópia do exame de IgE Sérica total

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

*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

RENOVAÇÃO**PARA MEPOLIZUMABE E OMALIZUMABE (A CADA SEIS MESES):**

() Cópia do exame de Hemograma (dosagem de eosinófilos)

PARA TODOS OS MEDICAMENTOS (A CADA ANO):

() **Espirometria** – No caso da impossibilidade da realização do exame, apresentar uma justificativa médica.

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **especialidade correspondente à patologia regularizada. Apenas para os imunobiológicos precisa ser o PNEUMOLOGISTA com cadastro no CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto
- Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

5. Observações:

5.1. A resposta à Solicitação será emitida **em até 20 (vinte) dias úteis**.

5.2. 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.

5.3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta nº 14 de 24 de agosto de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Asma**.

5.4. Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

5.5. Para o recebimento de **OMALIZUMABE** ou **MEPOLIZUMABE**, trazer caixa de isopor e gelo para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira

5.6. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**