

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última atualização: 05/05/2025)**PCDT:** Esclerose Sistêmica
CID 10: M34.0, M34.1, e M34.8**1. Medicamentos**

Azatioprina 50 mg (por comprimido)
Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)
Metotrexato 2,5 mg (por comprimido)
Metotrexato 25mg/ml injetável (por ampola de 2 ml)
Sildenafil 25 mg (por comprimido)
Sildenafil 50 mg (por comprimido)

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;
- () **Relatório médico** com a descrição dos critérios do ACR ou com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão scleroderma à capilaroscopia periungueal
- () **Anexo - Critérios de Classificação para Esclerose Sistêmica;**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E ADEQUAÇÃO

- () **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;
- () **Relatório médico** com a descrição dos critérios do ACR ou com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão scleroderma à capilaroscopia periungueal.

2.3 Exames Obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL****Para Ciclofosfamida:**

- () Cópia do exame de anti-HCV ()
() Cópia do exame de HBsAg
() Cópia do exame de Hemograma completo
() Cópia do exame de tuberculose - teste de Mantoux

Para Metotrexato:

- () Cópia da dosagem de Uréia ()
() Cópia do exame de anti-HCV ()
() Cópia do exame de anti-HIV
() Cópia do exame de bilirrubinas

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

- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) ()
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)
() Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica ()
Cópia do exame de HBsAg
() Cópia do exame de Hemograma completo
() Cópia do exame de tuberculose - teste de Mantoux

Para Azatioprina:

- () Cópia do exame de Hemograma completo
() Cópia do exame de tuberculose - teste de Mantoux

Para Sildenafil:

- () Cópia do exame de bilirrubinas
() Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) ()
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)
() Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
() Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
() Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)

3. Serviços de Referência

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

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde 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 Conjunta Nº 09, de 28 de agosto de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Esclerose Sistêmica**.

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.



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