

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(última atualização: 31/07/2024)**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 deseja 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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **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:**



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

- Cópia da dosagem de Uréia
- Cópia do exame de anti-HCV
- Cópia do exame de anti-HIV
- 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 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**.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

## Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**