

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: Dermatite Atópica

CID 10: L20.0 / L20.8

1. Medicamentos

- Ciclosporina 25mg, 50mg e 100 mg (capsula)
- Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (frasco) 50 ml

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 e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;

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 detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

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

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
() Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil).

2.4**PARA ADEQUAÇÃO E/OU RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
() Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil).

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.

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na especialidade de alergologistas ou dermatologistas para os casos da 2ª linha de tratamento **e devem estar** regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

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 pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 34, de 20 de DEZEMBRO de 2023. que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Dermatite Atópica**.

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

5.5. Cópia do exame de Beta HCG para mulheres em idade fértil mensalmente para **CICLOSPORINA**.

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

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**



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