

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos
(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Estratégias para atenuar a progressão da doença renal crônica.

CID-10: N18.2 | N18.3 | N18.4 | N18.5.

1. Medicamentos Disponíveis:

- Dapagliflozina 10mg (comprimido)

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
- () Receituário médico com posologia para 1 mês de tratamento
- () **Descrição** clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios (verificar de acordo com o medicamento solicitado)
- () **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

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:

- () Cópia do exame creatinina urinária e de albumina urinária ou exame que evidencie diagnóstico de DM(glicemia não plasmática de jejum ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG) ou hemoglobina glicada (HbA1c), ou glicemia plasmática aleatória)
- () Cópia do exame de creatinina sérica com estimativa da taxa de filtração glomerular
- () Cópia do laudo de exame sumário de urina

O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou 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 **no âmbito da ATENÇÃO PRIMÁRIA quanto na atenção especializada à saúde (NEFROLOGISTAS)** e estejam regularizadas 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 Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta nº. 12, de 10 de setembro de 2019, que Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Fenilcetonúria**

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



Contato: (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**

Rua Borja Peregrino, 181 - Torre, João Pessoa - PB, 58040-050