

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: Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-Citoplasma de Neutrófilos

CID-10: **M31.3** – Granulomatose de Wegener (GPA)

M31.7 – Poliangeíte Microscópica (MPA)

1. Medicamentos Disponíveis:

Para maiores de 18 anos:

- Rituximabe 500mg injetável (por frasco ampola de 50 ml)
- Rituximabe 100mg injetável (por frasco ampola de 10ml)

Obs1: O Rituximabe de 100mg **somente poderá ter registro acima de 8 unidades em caso de indisponibilidade** do Rituximabe de 500mg;

Obs2: A dispensação do Rituximabe de 100mg deverá, ordinariamente, ser destinada à composição de dose.

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
- () Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- () Laudo médico com descrição da apresentação clínica e órgãos acometidos
- () **ANEXO** - Escala BVAS v.3 (Birmingham Vasculitis Activity Score)
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

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

Para Adequação e/ou 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

2.3 Exames Obrigatórios (cópia):

Para Solicitação inicial:

- () Cópia do exame histopatológico do órgão acometido
- () Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina G sérica - IgG
- () Cópia do exame de prova tuberculínica (PT) ou IGRA
- () Cópia do exame de sorologia para HIV
- () Cópia do hemograma completo
- () Radiografia de tórax
- () Cópia do exame de sorologia hepatite B
- () Cópia do exame de sorologia hepatite C
- () Cópia do exame de VDRL
- () Cópia do exame proteinúria de 24 horas
- () Cópia do exame de dosagem de Gama-GT
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- () Cópia do exame de dosagem de TGO
- () Cópia do exame de dosagem de TGP

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.

Para Renovação/adequação

- () Cópia do hemograma completo
- () Cópia do exame proteinúria de 24 horas ou relação proteína/creatinina
- () Cópia do exame de dosagem de Gama-GT
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- () Cópia do exame de dosagem de TGO
- () Cópia do exame de dosagem de TGP

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **Especialidade que atendam Reumatologistas, Nefrologistas, Oftalmologistas e Pneumologistas**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Contato: (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
- Receita médica de acordo com a 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 dias úteis**.

5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar 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 Nº 17, de 18 de novembro de 2020 aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da **Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-Citoplasma de Neutrófilos**

5.4. 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**

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**Farmácia
Especializada da Paraíba**

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