

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 31/07/2024)**PCDT: DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE**  
**CID 10: M33.0; M33.1 e M33.2.****1. Medicamentos**

Azatioprina 50 mg (por comprimido);  
Ciclosporina 10 mg (por cápsula);  
Ciclosporina 25 mg (por cápsula);  
Ciclosporina 50 mg (por cápsula);  
Ciclosporina 100 mg (por cápsula);  
Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml);  
Metotrexato 2,5 mg (por comprimido);  
Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml);  
Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco);  
Hidroxicloroquina 400 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 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**;
- ( ) **Cópia de laudo oftalmológico**.

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- ( ) **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**;
- ( ) **Cópia de laudo oftalmológico**.

**2.3 Exames Obrigatórios****SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO****Para Azatioprina e Imunoglobulina humana:**

- ( ) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil – 10 até 49 anos;

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

<b>Para Ciclosporina;</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil – 10 até 49 anos; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ureia sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica;  <b>Para Ciclosporina CID10: M33.2;</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	<b>Para Metotrexato:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ureia sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil – 10 até 49 anos; <input type="checkbox"/> Cópia de exame TGO; <input type="checkbox"/> Cópia de exame TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de hemograma completo com plaquetas;
--	--

### 3. Serviços de Referência

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

### 4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS 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 de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº 1692, de 22 de novembro de 2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Dermatomiosite e Polimiosite**.

**Para Imunoglobulina Humana:** levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

## 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.**