

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: Diabetes Mellito tipo 1

CID 10: E10.0 I, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9

Com doença cardiovascular estabelecida de acordo com anexo disponível na Portaria SCTIE/MS Nº 54, de 11 de novembro de 2020.

1. Medicamentos

- Insulina análoga de ação rápida 100 UI/ML tubete
- Insulina análoga de ação prolongada 100 UI/ML tubete

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;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;**
- () **Descrição** do tratamento prévio com Insulina NPH e Insulina Regular por um período mínimo de 03 (três) meses, conforme orienta o PCDT de Diabetes Mellito tipo 1.

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
- Cópia do diário de monitoramento glicêmico com medidas demonstrando glicemia em jejum, pré-prandial, pós-prandial e ao deitar.

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

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:
() Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina Glicada (Hb1Ac); () Cópia do exame de glicemia em jejum; () Cópia do diário de monitoramento glicêmico com medidas demonstrando glicemia em jejum, pré-prandial, pós-prandial e ao deitar.
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.

Para Adequação e/ou Renovação (a cada seis meses):
() Cópia de exame de dosagem de Hemoglobina Glicada (Hb1Ac);

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade de ENDOCRINOLOGISTA , 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 Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria SCTIE/MS Nº 54, de 11 de novembro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 2 .
5.4. Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

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

5.5. 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**