



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: Diabetes Insípido

CID 10: E23.2

1. Medicamentos

Desmopressina 0,1 mg/ml aplicação nasal (por frasco de 2,5 ml)
Desmopressina 0,1 mg (por comprimido)
Desmopressina 0,2 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 da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
- () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;

2.3 Exames;

SOLICITAÇÃO INICIAL

OBRIGATÓRIOS	FACULTATIVOS
() Cópia do exame com Volume Urinário em 24 horas; () Cópia do exame de Osmolaridade urinária antes da administração da desmopressina; () Cópia do exame de Osmolaridade urinária depois da administração da desmopressina.	() Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico antes da administração da desmopressina; () Cópia do exame de Osmolalidade plasmática antes da administração da desmopressina; *Os exames FACULTATIVOS poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.
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.	



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

() Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Endocrinologia ou Nefrologia**, regularizadas 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 Conjunta Nº 02 , de 10 de janeiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Diabete Insípido**.

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 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.