

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 Insípido

CID 10: E23.2

1. Medicamentos

- Desmopressina 0,1 mg/ml aplicação nasal (frasco de 2,5 ml)
- Desmopressina 0,1 mg e 0,2mg (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;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios
- () **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

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):**Solicitação Inicial:**

- () 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.

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

*Os exames **FACULTATIVOS** poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

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 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 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 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**.

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

5.5 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

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