

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Última revisão: 05/05//2025)

PCDT: Doença falciforme

CID 10: D57.0, D57.1, D57.2

D56.1; D56.8 (Fenoximetilpenicilina)

1. Medicamentos

Hidroxiuréia 100 mg (por cápsula);
Hidroxiureia 500 mg (por cápsula);
Fenoximetilpenicilina Potássica 80000UI (Pen V oral®) – **Para crianças até 5 anos de idade;**
Alfaeopetina 10.000 UI sol inj ou pó liof inj (fr-amp);

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**, detalhado a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
- () **Anexo I**;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO

- () 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**, detalhado a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL

**Para: Fenoximetilpenicilina
80000UI (Pen V oral®);****Potássica****Para hidroxiuréia;**

- () Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina Fetal (Eletroforese de Hemoglobina);
- () Cópia do exame de Hemograma completo

- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;
- () Cópia da contagem de Reticulócitos;
- () Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina Fetal (Eletroforese de Hemoglobina).

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**Para Alfaepoetina 10.000 ui sol inj ou pó liof inj (fr-amp), alfaepoetina 4.000 ui sol inj (fr- amp):**

- () Cópia do exame de eletroforese de hemoglobina (focalização isoelétrica ou cromatografia líquida de alta resolução) OU cópia do exame de detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (confirmatório)
() Cópia do hemograma completo com contagem de reticulócitos

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 ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO**Para: Fenoximetilpenicilina Potássica 80000UI (Pen V oral®).**

- () Cópia do exame de Hemograma completo

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

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** devem ser acompanhadas no centro de referência para DF, que deve contar com médico **hematologista**, bem como disponibilizar, preferentemente no próprio centro, acesso a radiologia, cardiologia, pneumologia, ortopedia, urologia e gineco-obstetrícia, 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 de Saúde 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 05, de 19 de fevereiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Doença Falciforme**.

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.



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