

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(última revisão: 31/07/2024)**PCDT:** DISTÚRPIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA**CID 10:** E83.3, N18.0, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N25.**1. Medicamentos**

Calcitriol 0,25 mcg (capsula) Cinacalcete 30 mg (comprimido) cinacalcete 60 mg (comprimido) Desferroxamina 500 mg pó liof inj (fr-amp)	Paricalcitol 5 mcg/ml sol inj (amp) 1 ml Sevelamer 800 mg (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 deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).
--

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:**

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> <b>Notificação de Receita</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; <input type="checkbox"/> <b>Laudo médico</b> . Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios (verificar de acordo com o medicamento solicitado); <input type="checkbox"/> <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> .

<b>PARA RENOVAÇÃO E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO</b>
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> <b>Notificação de Receita</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento;

**2.3 Exames Obrigatórios:**

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>	
<b>Para Calcitriol :</b> <input type="checkbox"/> Relato médico informando os tratamentos prévios com uso apropriado de quelantes de fósforo e/ou cinacalcete, se o paciente realiza terapia renal substitutiva, ou foi submetido a paratireoidectomia; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Cálcio Total Sérico; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fósforo Sérico; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Paratohormônio - PTH; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Vitamina D25 Hidroxi;	<b>Para Desferroxamina:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Alumínio Sérico; <input type="checkbox"/> Laudo de avaliação oftalmológica e otorrinolaringológica. <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Vitamina D25 Hidroxi; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica. <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Cálcio Total Sérico; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fósforo Sérico;

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

<p>( ) Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);</p> <p>( ) Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica.</p> <p><b><u>Para Cinacalcete:</u></b></p> <p>( ) Cópia do exame de Cálcio Total Sérico;</p> <p>( ) Cópia do exame de Fósforo Sérico;</p> <p>( ) Cópia do exame de Paratohormônio - PTH;</p> <p>( ) Cópia do exame de Vitamina D25 Hidroxi;</p> <p>( ) Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);</p> <p>( ) Relato médico informando os tratamentos prévios, casos de refratariedade ao calcitriol ou paricalcitol; indicar se o paciente realiza terapia renal substitutiva, em programa regular de diálise.</p> <p><b><u>Para Paricalcitol:</u></b></p> <p>( ) Cópia do exame de Cálcio Total Sérico;</p> <p>( ) Cópia do exame de Fósforo Sérico;</p> <p>( ) Cópia do exame de Paratohormônio - PTH;</p> <p>( ) Cópia do exame de Vitamina D25 Hidroxi;</p> <p>( ) Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)</p> <p>( ) Relato médico informando diagnóstico de DRC 5D, tratamentos prévios com uso apropriado de calcitriol (pelo menos duas tentativas); indicar se o paciente realiza terapia renal substitutiva de diálise.</p>	<p>( ) Cópia do exame de Paratohormônio - PTH;</p> <p><b><u>Para Sevelamer:</u></b></p> <p>( ) Descrição clínica informando os tratamentos prévios, uso de quelantes à base de cálcio ou contra-indicação ao uso destes; se o paciente encontra-se em programa regular de diálise e há quanto tempo; e se está em acompanhamento com nutricionista e realizando com adesão dieta pobre em fósforo;</p> <p>( ) Cópia do exame de Cálcio Total Sérico;</p> <p>( ) Cópia do exame de Fósforo Sérico;</p> <p>( ) Cópia do exame de Paratohormônio - PTH;</p> <p>( ) Cópia do exame de Albumina Sérica</p> <p>( ) Cópia do exame de Vitamina D25 Hidroxi;</p> <p>( ) Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)</p> <p>O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.</p>
---	--

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Nefrologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos:

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto e Cartão de Controle.

### 5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 10 (dez) dias;
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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas;
4. A depender da situação clínica do paciente, exames/documentos adicionais poderão ser solicitados para que a avaliação seja concluída

SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**