

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 31/07/2024)**PCDT: ESCLEROSE MÚLTIPLA**
CID 10: G35**1. Medicamentos**

| | |
|--|---|
| Azatioprina 50mg (por comprimido) | Fingolimode 0,5mg (por cápsula) |
| Alentuzumabe 10mg/ml (solução injetável) | Fumarato de Dimetila 120mg (por comprimido) |
| Betainterferona 1a 6.000.000 UI (22 mcg) injetável (por SP) | Fumarato de Dimetila 240mg (por comprimido) |
| Betainterferona 1a 6.000.000 UI (30 mcg) injet. (por FA OU SP) | Glatiramer 20mg (por FA OU SP) |
| Betainterferona 1a 12.000.000 UI (44 mcg) injetável (por SP) | Glatiramer 40mg (por FA OU SP) |
| Betainterferona 1b 9.600.000 UI (300 mcg) injetável (por FA) | Natalizumabe 300mg (por FA) |
| | Teriflunomida 14mg (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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Relato Médico descrevendo os sinais e sintomas e informando se paciente possui outras doenças concomitantes;**
- () **Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale)**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

- () **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;
- () **Relato Médico descrevendo os sinais e sintomas e informando se paciente possui outras doenças concomitantes;**

2.3 Exames Obrigatórios:**SOLICITAÇÃO INICIAL**



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

Para todos os medicamentos:

- () Cópia do exame de TGO;
- () Cópia do exame de TGP;
- () Cópia do exame de Bilirrubinas Totais e frações;
- () Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- () Cópia do exame de Hemograma completo
- () Cópia do laudo de Ressonância nuclear magnética (RNM)

Os resultados 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

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Os pacientes deverão ser devidamente cadastrados no Centro de Referência em Esclerose Múltipla (CREM-PB), localizado na FUNAD - João Pessoa.

4. Para receber os medicamentos:

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

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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Para Alentuzumabe, Glatirâmer, Betainterferonas e Natalizumabe

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA
ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

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