

**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

**Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos**  
(Última revisão: 30/07/2025)

**PCDT:** Fenilcetonúria

**CID-10:** E70.0 I E70.1

**1. Medicamentos Disponíveis:**

- Complemento alimentar para paciente **menor de 1 ano**;
- Complemento alimentar para paciente **maior de 1 ano**;
- Suplemento nutricional isento de fenilalanina para fenilcetonúricos (**paciente maior de 08 anos**)

**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
- ( ) Receituário médico com posologia para 1 mês de tratamento
- ( ) Descrição clínica sobre a utilização ou não de dieta pelo paciente anteriormente ao exame de dosagem de fenilalanina.
- ( ) **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

**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

- 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:****Para todos os medicamentos:**

- ( ) Cópia do exame de análise molecular para mutação da Fenilalanina-hidroxilase (FAH)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica (facultativo)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Tirosina
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica OU Cópia do laudo de triagem neonatal por teste do pezinho, Sim com coleta de sangue a partir de 48 horas até o 5º dia do nascimento após exposição à dieta proteica.

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:**

- ( ) Dosagem de Fenilalanina Sérica

**3. Serviços de Referência:**

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na **especialidade correspondente à patologia** e estejam 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.

**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta nº. 12, de 10 de setembro de 2019, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Fenilcetonúria**

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

**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**