



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: Fibrose cística – Manifestações Pulmonares

1. Medicamentos Disponíveis:

- Alfadornase 2,5 mg (ampola): **CID-10: E84.0 I E84.8**
- Tobramicina 300/5 mg/ml solução inalatória (ampola): **CID-10: E84.0 I E84.8**
- Ivacaftor 150mg (comprimido revestido): **CID-10: E84.0I E84.1 I E84.8**

A partir de 6 anos de idade:

- Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor 100 + 50 + 75 + 150 mg (comprimido)
- Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor, 50 + 25 + 37,5 + 75 mg (comprimido): **CID-10: E84.1 I E84.0I E84.1**

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
- () **Prescrição médica** devidamente preenchida
- () **Descrição** clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, situação pulmonar do paciente (escarro persistente, alteração radiológica, exacerbações pulmonares frequentes e se realizou espirometria o resultado encontrado no VEF1 pós.)
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**



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

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):

Para Solicitação inicial:

- () Cópia do exame de detecção molecular em fibrose cística
- () Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor
- () Teste de elastase pancreática fecal
- () Testes da função da proteína CFTR (DPN/MCI/Organóides)
- () Cópia do teste do pezinho

Para Tobramicina

- () Cópia de exame de cultura de secreção respiratória

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.

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** que atendem na **Especialidade em Pneumologista ou Gastroenterologista** que 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
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário



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

5. Observações:

5.1. A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**.

5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente.

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta n.º25 de 27 de dezembro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Fibrose Cística**.

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. PARA: ALFADORNASE e TOBRAMICINA.**

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**