

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: Hiperprolactinemia

CID-10: E22.1

1. Medicamentos Disponíveis:

- Cabergolina 0,5 mg, (por comprimido)

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 com posologia para 1 mês de tratamento () Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e descrição de ocorrência de infecções de repetição típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos () Relato realizado por psiquiatra informando sobre a impossibilidade de suspender ou substituir o tratamento com neuroléptico ou antidepressivo por outro medicamento () 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 • Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento • Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

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

2.3 Exames Obrigatórios (cópia):

Para Solicitação inicial:

- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil (9 a 49 anos)**
- () Cópia do exame de prolactina no soro
- () Cópia do laudo de tomografia computadorizada OU ressonância magnética de hipófise
- () Cópia da Dosagem do Hormônio Tireoestimulante - TSH
- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) -
- () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- () Cópia do exame de dosagem de Macroprolactina
- () Cópia do exame de prolactina em soro diluído

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.

PARA ADEQUAÇÃO E/OU RENOVAÇÃO (a cada seis meses)

- () Dosagem de Prolactina no Soro
- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil (9 a 49 anos)**

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **especialidade que atendam a patologia**, 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

5. Observações:

5.1. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente, sendo o exame do mês vigente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**.

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

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

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

5.4. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 19, de 23 de novembro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Hiperprolactinemia**.

5.5. 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**