

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: Hipertensão arterial pulmonar

CID-10: I27.0 | I27.2 | I27.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- Ambrisentana 5mg e 10mg (por comprimido)
- Bosentana 62,5 mg e 125mg (por comprimido)
- Iloprostá 10 mcg/mL solução para nebulização (ampola de 1 mL)
- Sildenafil 20 mg (por comprimido)
- Selexipague 400mg, 600mg, 800mg, 1000mg, 1200mg, 1400mg e 1600mg (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
- () **Laudo Médico**, descrição dos sinais e sintomas do paciente compatíveis com Hipertensão Pulmonar, etiologia da doença, e descrição dos medicamentos em uso e os já utilizados e evolução clínica do paciente. Classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013), descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS.
- () **Anexo I** - Classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013);
- () **Anexo II** - Classificação da NYHA/OMS: descrição da classe funcional da HAP;
- () **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:

Para todos os medicamentos:

- () Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito;
- () Cópia do laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M)
- () Cópia do laudo do teste de estratificação de risco, conforme classificação funcional da HAP da OMS.

Para Bosentana e Iloprostá:

- () Cópia do laudo de prova função pulmonar
- () Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de tórax
- () Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen
- () Cópia do laudo do teste de vasorreatividade (obrigatório para pacientes com HAP idiopática, hereditária ou induzida por medicamentos)
- () Cópia do teste de anticorpos anti-DNA
- () Cópia do teste de anti-HBC (IgG)
- () Cópia do teste de anti-HIV (obrigatório para pacientes com HAP associada à infecção pelo HIV)
- () Cópia do teste de pesquisa de anticorpo antinuclear (FAN).
- () Cópia do laudo do teste de oximetria
- () Cópia do exame de anti-HCV
- () Cópia do exame de Fator Reumatóide
- () Cópia do exame de gasometria arterial
- () Cópia do exame de HBsAg
- () Cópia do exame parasitológico de fezes (obrigatório para pacientes com HAP associada a esquistossomose)
- Cópia do laudo de cintilografia de inalação/perfusão
- () Cópia do laudo de ecocardiograma (obrigatório para HAP associado a cardiopatia congênita)
- () 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 Hemograma completo

Para Ambrisentana:

- () Beta HCG - Pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**
- () Cópia do Hemograma completo;
- () Cópia do exame de AST/ TGO;
- () Cópia do exame de ALTTGP).
- () Cópia do laudo de ecocardiograma (obrigatório para HAP associado a cardiopatia congênita)
- () Cópia do laudo de prova função pulmonar
- () Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de tórax
- () Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen
- () Cópia do laudo do teste de vasorreatividade (obrigatório para pacientes com HAP idiopática, hereditária ou induzida por medicamentos)
- () Cópia do teste de anticorpos anti-DNA Cópia do teste de anti-HBC (IgG)
- () Cópia do teste de anti-HIV (obrigatório para pacientes com HAP associada à infecção pelo HIV)
- () Cópia do teste de pesquisa de anticorpo antinuclear (FAN)
- () Cópia do laudo do teste de oximetria



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

- Cópia do exame de anti-HCV
- Cópia do exame de Fator Reumatóide Cópia do exame de gasometria arterial
- Cópia do exame de HBsAg
- Cópia do exame parasitológico de fezes (obrigatório para pacientes com HAP associada a esquistossomose) Cópia do laudo de cintilografia de inalação/perfusão

Para Selexipague:

- Cópia do exame de anti-HCV
- Cópia do exame de Fator Reumatóide
- Cópia do exame de gasometria arterial
- Cópia do exame de HBsAg Cópia do exame parasitológico de fezes (obrigatório para pacientes com HAP associada a esquistossomose)
- Cópia do laudo de cintilografia de inalação/perfusão
- Cópia do laudo de ecocardiograma (obrigatório para HAP associado a cardiopatia congênita)

Para Sildenafil:

- Beta HCG - Pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**

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

Para ambrisentana:

- Cópia do exame de AST/ TGO
- Cópia do exame de ALT/ TGP
- Cópia Beta HCG - Pacientes do sexo feminino em idade fértil (9 a 49 anos)

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **Especialidade para Solicitação Inicial: PNEUMOLOGISTA. Renovação da continuidade do tratamento: Pneumologistas, Cardiologistas e Reumatologistas**, e que estejam regularizadas no CNES – cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.



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

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** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**. **PARA: AMBRISSENTANA.**

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.

5.4. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria SAS/MS Nº 35, de 16 de janeiro de 2014, republicada em 06 de junho de 2014 e 23 de setembro de 2014 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Hipertensão arterial pulmonar**.

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**