

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS

CID 10: D80.0; D80.1; D80.3; D80.5; D80.6; D80.7; D80.8; D83.0; D83.2; D83.8

1. Medicamentos

Imunoglobulina humana 5 g - injetável frasco-ampola.

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 da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e descrição de ocorrência de infecções de repetição típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos
- () **Anexo: Laudo padrão**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

2.3. Exames Obrigatórios:

SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

- () Hemograma completo;
- () Dosagem de Imunoglobulina A – IgA;
- () Dosagem de Imunoglobulina G – IgG;
- () Dosagem de Imunoglobulina M – IgM;
- () Dosagem de Creatinina sérica;
- () Dosagem de Uréia sérica;
- () Dosagem - ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
- () Dosagem - AST (glutâmico oxaloacética - TGO);
- () Dosagem de Albumina sérica.



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Hematologia, Imunologista, Geneticista ou Neurologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, da Farmácia Especializada da Paraíba, munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e SCTIE/MS nº. 495 de 09/2007 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos.**

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

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

SE POR ALGUM MOTIVO NÃO USAR O MEDICAMENTO, DEVOLVÁ- O A FARMÁCIA ESPECIALIZADA DA PARAÍBA.