

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 30/06/2023)**PCDT: IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE PULMONAR**  
**CID 10: Z94.2****1. Medicamentos**

Azatioprina 50mg (por comprimido)  
Ciclosporina 10mg (por cápsula)  
Ciclosporina 25mg (por cápsula)  
Ciclosporina 50mg (por cápsula)  
Ciclosporina 100mg (por cápsula)  
Ciclosporina 100mg/ml sol. oral (por frasco)  
Metilprednisolona 500mg sol. Injetável (por 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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**. Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os tratamentos prévios já realizados;
- ( ) **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;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

**3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

**4. Para receber os medicamentos**

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.



**CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**  
**TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627**

**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 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas;
4. A depender da situação clínica do paciente, exames/documentos adicionais poderão ser solicitados para que a avaliação seja concluída

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**