

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: Miastenia gravis

CID-10: G70.0 | G70.2

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50 mg (comprimido)
- Ciclosporina 25 mg, 50mg e 100mg (cápsula)
- Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral
- Imunoglobulina Humana 5,0 g (frasco-ampola)
- Piridostigmina 60 mg (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 e sintomas (avaliação pode ser realizada conforme classificação MGFA, escala composta de MG ou QMG - teste quantitativo para MG).
- () **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

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

- 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 do estudo molecular (genética).
- () Cópia do exame anti-LRP4.
- () Cópia do exame de Anticorpo anti-receptor de Acetilcolina (anti-AChR)
- () Cópia do exame de anti-MuSK
- () Cópia do laudo Eletroneuromiografia e/ou Eletroneuromiografia de fibra única Investigação radiológica do mediastino (avaliação do timo).
- () Avaliação médica com confirmação do diagnóstico de Miastenia Gravis após prova terapêutica com piridostigmina por três meses.

Para Ciclosporina:

- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

Para Imunoglobulina Humana:

- () Cópia do exame de dosagem sérica de IgA
- () Cópia dos exames de avaliação da função renal
- () Investigação radiológica do mediastino (avaliação do timo).

Os resultados dos exames garantem uma correta avaliação de como o medicamento está agindo 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 renovação :

Para azatioprina

- () Cópia de hemograma completo
- () Cópia do exame de TGO
- () Cópia do exame de TGP

Para Ciclosporina

- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica
- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **Especialidade em neurologia**, 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 pela Portaria Conjunta nº 11, de 23 de maio de 2022, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Miastenia Gravis**.

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: IMUNOGLOBULINA.**

5.6. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil. PARA: CICLOSPORINA.**

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**