

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
(Última revisão: 05/05/2025)PCDT: MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI  
CID 10: E76.2**1. Medicamentos:**

GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML

**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 deseja 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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO**

- ( ) **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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente.

**2.3 Exames obrigatórios:****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) Cópia da enzima arilsulfatase B (ASB)
- ( ) Cópia do exame de arilsulfatase A OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase
- ( ) Cópia do exame de dosagem de glicosaminoglicanos totais na urina (GAGs) OU cópia do exame de dermatansulfato (DS) OU cópia de exame genético do gene ASB

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.

**3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam **na especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

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

#### **4. Para receber os medicamentos**

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço 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 Portaria Conjunta nº. 8, de 21 de maio de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Mucopolissacaridose Tipo VI**.

**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, devolva-o à  
Farmácia Especializada da Paraíba.**