

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: Púrpura Trombocitopênica Idiopática

CID-10: D69.3

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50 mg (por comprimido)
- Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)
- Danazol 100 mg e 200mg (por cápsula)
- Eltrombopague 25 mg e 50mg (por comprimido)
- Imunoglobulina humana 5,0 g injetável (por frasco)

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, sintomas e tratamentos prévios () 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:**Para Solicitação Inicial:****Para todos os medicamentos:**

- () Cópia do exame de anti-HIV
- () Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas.
- () Cópia do exame de anti-HCV

Para Ciclofosfamida e Danazol:

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

O resultado de exames garante 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 todos os medicamentos:**

- () Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas.

Para Azatioprina e Eltrombopague:

- () Cópia do exame de AST/TGO.
- () Cópia do exame de ALT/TGP.

Para Danazol:

- () Cópia do exame de AST/TGO.
- () Cópia do exame de ALT/TGP.
- () Cópia do exame de fosfatase alcalina.
- () Cópia do exame de colesterol total.
- () Cópia do exame de DHL.
- () Cópia do exame triglicerídeos
- () Cópia do laudo da Ultrassonografia Abdominal (**anualmente**).

Para Ciclofosfamida e Danazol:

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

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

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na **especialidade de Hematologia** e estejam 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.

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 de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 9, de 31 de julho de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Púrpura Trombocitopênica Idiopática**;

5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

5.6. **Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira. PARA: IMUNOGLOBULINA.**

5.7. **Apresentar a cópia do exame de B-HCG sérico do mês vigente para mulheres em idade fértil. PARA: CICLOFOSFAMIDA e DANAZOL.**

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**