

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: Retocolite Ulcerativa

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50 mg (comprimido): **para os CIDs: K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8**
- Ciclosporina 10 mg, 25mg, 50mg, 100mg: **para os CIDs: K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8**
- Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml: **para os CIDs : K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8**
- Mesalazina 1 g + diluente 100ml (enema) e 2g (sachê) : **para os CIDs: K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8**
- Mesalazina 250 mg, 500mg e 1000mg (supositório): **para os CIDs : K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8**
- Mesalazina 400mg, 500mg e 800mg: **para os CIDs : K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8**
- Sulfassalazina 500 mg (comprimido): **para os CIDs : K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, K52.2**
- Tofacitinibe 5 mg (comprimido) : **para os CIDs : K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8**
- Vedolizumabe 300mg (pó liofilizado para solução injetável) **(Pacientes maiores que 18 anos) : para os CIDs : K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8**

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

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

() Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

OBS: Para pacientes que inicia o tratamento da Retocolite Ulcerativa com MESALAZINA, deverá apresentar obrigatoriamente um laudo médico informando a intolerância ao uso da SULFASSALAZINA e que tenha apresentado algum efeito adverso grave e qual foi o efeito adverso.

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 Hemograma completo;
() Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica.
() Cópia da biópsia (anatomopatológico)

Para Ciclosporina:

- () Cópia do exame de Creatinina sérica;
() Cópia do exame de Ácido Úrico;
() Cópia do exame de Potássio sérico;
() Cópia do exame de Magnésio sérico;
() Cópia do exame de Lipidograma.

Para Tofacitinibe

- () Cópia do Teste de Mantoux - PPD;
() Cópia do exame de Radiografia de tórax.

Para Sulfassalazina e Mesalazina:

- () Cópia do exame de Creatinina Sérica;
() Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU).

Para Azatioprina:

- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP);
() Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);

Para Infliximabe e Vedolizumabe:

- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP);
() Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);
() Cópia do Teste de Mantoux - PPD;
() Cópia do exame de Radiografia de tórax.

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.

Para Renovação:**Para Sulfassalazina e Mesalazina:**

- () Cópia do exame de Hemograma completo;
() Cópia do exame de Creatinina sérica;
() Sumário de urina = EQU.= EAS

Para Infliximabe e Vedolizumabe:

- () Cópia do exame de Hemograma completo
() Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP);
() Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);

Para Azatioprina:

- () Cópia do exame de Hemograma completo;
() Cópia do exame de dosagem de ALT (TGP);
() Cópia do exame de dosagem de AST (TGO);

Para Ciclosporina:

- () Cópia do exame de Hemograma completo;
() Cópia do exame de Creatinina sérica;
() Cópia do exame de Ácido Úrico;
() Cópia do exame de Potássio sérico;
() Cópia do exame de Magnésio sérico;
() Cópia do exame de Lipidograma.

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 Gastroenterologista, Coloproctologista, Proctologista** correspondente à patologia 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 pelas Portarias de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 22, de 20 de dezembro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Retocolite Ulcerativa**;

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

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**