

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: Síndrome Mielodisplásica de baixo risco

CID-10: D46.0 | D46.1 | D46.4 | D46.7

1. Medicamentos Disponíveis:

- Alfaepoetina 10.000 UI (solução injetável ou pó para solução injetável)
- Filgrastim 300 mcg (solução injetável)

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 do paciente, que apresente dados da investigação por anamnese e exame físico, incluindo, por exemplo, relato de características dismórficas (sugerindo falência medular congênita), infecção, hematoma ou sangramentos ativos. Informar tratamentos prévios e resposta obtida, e se outras causas de citopenia foram excluídas.
() Laudo médico com descrição do escore e estratificação de risco prognóstico de acordo com o Sistema Sim Não Internacional de Escore Prognóstico (IPSS) ou Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (IPSS-R)
() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

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

Para Adequação e/ou 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 (Cópia):

Para Solicitação Inicial:

- () Cópia da dosagem de Cálcio sérico
- () Cópia da dosagem de Fósforo
- () Cópia da dosagem de Uréia
- () Cópia de exame de avaliação da função tireoidiana (TSH e T4 livre)
- () Cópia do exame biópsia de medula óssea com coloração para reticulina
- () Cópia do exame das sorologias para hepatite B.
- () Cópia do exame das sorologias para hepatite C.
- () Cópia do exame das sorologias para HIV
- () Cópia do exame de análise citogenética convencional com bandeamento G
- () Cópia do exame de análise morfológica do esfregaço de sangue periférico
- () Cópia do exame de análise mutacional na suspeita de falência medular de causa constitucional
- () Cópia do exame de análise mutacional/genômica
- () Cópia do exame de bilirrubinas
- () Cópia do exame de citometria de fluxo para Hemoglobinúria Paroxística Noturna
- () Cópia do exame de coloração do ferro e quantificação de sideroblastos em anel
- () Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
- () Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)
- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)
- () Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- () Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
- () Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- () Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
- () Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
- () Cópia do exame de estudo da cinética do ferro (ferro sérico, saturação de transferrina)
- () Cópia do exame de Fator Reumatóide
- () Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH).
- () Cópia do exame de potássio
- () Cópia do exame de sódio
- () Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
- () Cópia do exame imunofenotipagem com análise de expressão antigênica aberrante e quantificação dos blastos
- () Cópia do exame Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) e Tempo de Protrombina (TP)
- () Cópia do laudo de Rx de tórax
- () Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen
- () Cópia do teste de sorologia para CMV
- () Cópia do teste de urina de rotina Dosagem de Creatinina Sérica

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**, 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 nº 1159, de 18/11/2015, **que aprova o protocolo de Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco**;

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**