



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 Nefrótica primária em crianças e adolescentes

CID-10: N04.0 | N04.1 | N04.2 | N04.3 | N04.4 | N04.5 | N04.6 | N04.7 | N04.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- Ciclofosfamida 50 mg (drágea)
- Ciclosporina 25 mg, 50mg e 100mg (cápsula)
- Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral (frasco de 50 ml)
- Tacrolimo 1 mg e 5mg (cápsula)

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:
<p>(<input type="checkbox"/>) LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Prescrição médica, com posologia para 1 mês de tratamento;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p>

Renovação (a cada seis meses):
<ul style="list-style-type: none">• 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.

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:	
(<input type="checkbox"/>) Biópsia Renal (<input type="checkbox"/>) Fator anti-nuclear (FAN) (<input type="checkbox"/>) Proteinúria de 24 horas (<input type="checkbox"/>) Albumina Sérica (<input type="checkbox"/>) Colesterol Total (<input type="checkbox"/>) Triglicerídeos (<input type="checkbox"/>) HbsAg (<input type="checkbox"/>) Anti-HCV (<input type="checkbox"/>) Anti-HIV (<input type="checkbox"/>) Toxoplasmose (<input type="checkbox"/>) Creatinina sérica	A BIÓPSIA RENAL está indicada nos seguintes casos: - Pacientes com hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada, ou complemento sérico diminuído. - Pacientes com SNRC, isto é, com ausência de resposta a prednisona oral por 8 semanas ou a prednisona oral por 4 semanas mais pulsoterapia com metilprednisona intravenosa (3 a 6 pulsos em dias alternados). - Pacientes com menos de 1 ano de idade , nos quais predomina a incidência de SN congênita com lesão histopatológica de tipo finlandês e esclerose mesangial difusa; pacientes com esses achados não respondem a nenhuma terapia. - Pacientes com mais de 8 anos , quando a possibilidade de SNLM é menor, podendo-se optar pelo tratamento inicial para avaliar sensibilidade ao corticosteróide ou biópsia-los já inicialmente. Adolescentes devem ser biopsiados precocemente, já que a possibilidade de outro diagnóstico que não SNLM aumenta com a idade.
Para Ciclofosfamida e Ciclosfamida: (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	
Para Adequação e/ou Renovação (a cada seis meses):	
(<input type="checkbox"/>) Creatinina sérica (<input type="checkbox"/>) Glicose (<input type="checkbox"/>) Albumina Sérica; (<input type="checkbox"/>) Colesterol Total (<input type="checkbox"/>) Triglicerídeos (<input type="checkbox"/>) Hemograma completo (<input type="checkbox"/>) Sumário de Urina = EQU = EAS (<input type="checkbox"/>) Proteinúria de 24 horas	
Para Ciclosfamida e Ciclosporina: (<input type="checkbox"/>) 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.	

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na especialidade **de Nefrologia** correspondente à patologia e estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).



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

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 (vinte) dias úteis**;

5.2. 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;

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 459, de 21/2012 e Portaria Conjunta SAS/MS nº. 1 de 10 de janeiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes**;

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

**5.5. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - mensalmente. PARA:
CICLOFOSFAMIDA E 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**