

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(última revisão: 31/07/2024)**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 e N04.8**1. Medicamentos**

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

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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo médico**. Descrição clínica 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

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo médico**. Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

2.3 Exames obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO**

- () Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada

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.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

identificação com foto 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 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**.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**