

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 31/07/2024)**PCDT: SOBRECARGA DE FERRO****CID 10: E83.1, T45.4****1. Medicamentos**

Desferroxamina 500 mg injetável (por frasco-ampola)
Deferiprona 500 mg (por comprimido)
Deferasirox 125 mg (por comprimido)
Deferasirox 250 mg (por comprimido)
Deferasirox 500 mg (por comprimido)

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 deseje 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**, detalhado com a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, com o diagnóstico de hemocromatose hereditária, podendo incluir a apresentação de hipotensõesintomática com intolerância a flebotomia; ou impossibilidade de acesso venoso para realização de flebotomia;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

Para pacientes com sobrecarga de ferro secundária será obrigatório a apresentação do relato médico contendo a indicação de transfusões sanguíneas regulares (mais de 6 transfusões/ano).

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

- 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**, detalhado com a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

2.3 Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL E ADEQUAÇÃO**

Para todos os medicamentos:

- Cópia do exame de Hemograma completo.
- Cópia do exame de dosagem de ferritina sérica

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

Para Deferiprona: () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (10-49 anos);	Para Desferroxamina: () Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); () Cópia do laudo de avaliação da Acuidade Visual.
Para Deferasirox: () Cópia do exame de anti-HCV; () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; () Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada; () Cópia do exame de HBsAg; () Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).	
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 atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde 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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 7, de 23 de fevereiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Sobrecarga de Ferro**.

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

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.