

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

(última revisão: 16/06/2022)

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 10 mg , capsula
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 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**. 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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><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"/> Glicemia;<input type="checkbox"/> Creatinina sérica. | <p>A BIÓPSIA RENAL está indicada nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Em pacientes com hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada, ou complemento sérico diminuído;- em 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);- em 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;.- em pacientes com mais de 8 anos, quando a possibilidade de SNLM é menor, podendo-se optar pelo tratamento inicial para avaliar sensibilidade ao corticosteroide ou biopsiá-los já inicialmente. Adolescentes devem ser biopsiados precocemente, já que a possibilidade de outro diagnóstico que não SNLM aumenta com a idade. |
|--|---|

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () Creatinina sérica;
- () Albumina Sérica;
- () Colesterol Total
- () Triglicerídeos;
- () Hemograma completo;
- () Glicose;
- () Sumário de Urina = EQU = EAS;
- () Proteinúria de 24 horas.

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 de Nefrologia**, 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 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**.

**SE POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,
DEVOLVA-O AO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.**