

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691(83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos

(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Angioedema associado à deficiência de c1 esterase (c1-inh)

CID-10: D84.1

1. Medicamentos Disponíveis:

- Danazol 100mg e 200 mg (por 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:
() 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;
() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em imunologia ou genética; frequência dos episódios de angioedema ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave;
() 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.

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691(83) 99185-2657

- **Descrição clínica** detalhada dos sinais e sintomas realizados em serviço especializado em imunologia ou genética; frequência dos **episódios de angioedema** ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave.

1.1 Exames Obrigatórios (Cópia):

Para Solicitação Inicial:

- () Cópia do exame de atividade de C1-INH (Inibidor de C1-esterase);
- () Cópia do exame de dosagem de Complemento CH50;
- () Cópia do exame de B- Hcg

- () Cópia do exame de dosagem de Complemento C4

Renovação a cada seis meses:

- () C1-INH e C4;
- () Hemograma completo;
- () AST (TGO);
- () ALT (TGP);
- () Fosfatase Alcalina;
- () Colesterol Total e frações;
- () Triglicerídeos;
- () Sumário de Urina = EQU = EAS;
- () Cópia do exame de B- Hcg

- () **Anualmente:** Ultrassonografia Abdominal

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **Especialidade de Alergologia, Pneumologia e Imunologista**, 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



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691(83) 99185-2657

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. 1554, de 30/07/2013 e SAS/MS nº. 880, de 12/07/2016 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Angioedema associado à deficiência de C1 esterase (C1-INH).
- 5.4. A depender da situação clínica do paciente, exames/documentos adicionais poderão ser solicitados para que a avaliação seja concluída.
- 5.5. Apresentar cópia do exame B- Hcg, mensalmente para a retirada do medicamento.
- 5.6. 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**