



**Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos**  
(Última revisão: 30/07/2025)

**PCDT: Asma**

CID-10 : J45.0 | J45.1| J45.8

**1. Medicamentos**

- Budesonida 200 mcg (por cápsula inalante)
- Budesonida 400 mcg (por cápsula inalante)
- Formoterol 12 mcg (por cápsula inalante)
- Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg (por cápsula inalante)
- Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg (por cápsula inalante)
- Mepolizumabe 100mg/ml sol. injetável **IDADE MÍNIMA: 18 ANOS**
- Omalizumabe 150mg sol. injetável (frasco-ampola 2 mL) **IDADE MÍNIMA: 6 ANOS**

**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;  
(  ) Laudo médico: descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (incluindo a frequência), obtidos na anamnese e no exame físico. Informar se paciente realiza tratamento para a asma e a quanto tempo.  
(  ) 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
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica dos sinais e sintomas realizados, incluindo a frequência, obtidos na anamnese e no exame físico. Informar se paciente realiza tratamento para a asma e há quanto tempo.

### 2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>	
<b>Para todos os medicamentos:</b>	
( ) Cópia do exame de <b>ESPIROMETRIA</b> demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador – <b>No caso da impossibilidade da realização do exame, apresentar uma justificativa médica;</b>	
<b>Para Mepolizumabe:</b>  ( ) Cópia do exame de Hemograma (dosagem de eosinófilos)	<b>Para Omalizumabe:</b>  ( ) Cópia do exame de Hemograma (dosagem de eosinófilos) ( ) Cópia do exame de IgE Sérica total
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.	

<b>RENOVAÇÃO</b>
<b>PARA MEPOLIZUMABE E OMALIZUMABE (A CADA SEIS MESES):</b>
( ) Cópia do exame de Hemograma (dosagem de eosinófilos)
<b>PARA TODOS OS MEDICAMENTOS (A CADA ANO):</b>

( ) **Espirometria** – No caso da impossibilidade da realização do exame, apresentar uma justificativa médica.

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **especialidade correspondente à patologia regularizada**. Apenas para os imunobiológicos precisa ser o **PNEUMOLOGISTA com cadastro 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
- Prescrição médica de acordo com 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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta nº 14 de 24 de agosto de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Asma**.
- 5.4. Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.
- 5.5. Para o recebimento de **OMALIZUMABE** ou **MEPOLIZUMABE**, trazer caixa de isopor e gelo para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira
- 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**

Rua Borja Peregrino, 181 - Torre, João Pessoa - PB, 58040-050