

## 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 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):

#### SOLICITAÇÃO INICIAL

##### Para todos os medicamentos:

( ) Cópia do exame de **ESPIROMETRIA** demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador – **No caso da impossibilidade da realização do exame, apresentar uma justificativa médica;**

##### Para Mepolizumabe:

( ) Cópia do exame de Hemograma (dosagem de eosinófilos)

##### Para Omalizumabe:

( ) 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.

#### RENOVAÇÃO

##### PARA MEPOLIZUMABE E OMALIZUMABE (A CADA SEIS MESES):

( ) Cópia do exame de Hemograma (dosagem de eosinófilos)

##### PARA TODOS OS MEDICAMENTOS (A CADA ANO):

( ) **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**