



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: Síndrome de Falência Medular

CID 10: D60.0; D60.1; D60.8; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D70;

CID 10: Z94.8 (Pacientes transplantados).

1. Medicamentos

Ciclofosfamida 50mg	CID 10: D60.0; D60.1; D60.8
Ciclosporina 100mg/ml (solução oral) Ciclosporina 25mg (por cápsula) Ciclosporina 50mg (por cápsula) Ciclosporina 100mg (por cápsula)	CID 10: D60.0; D60.1; D60.8; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; Z94.8 (IPEP)
Eltrombopague 25mg (por comprimido) Eltrombopague 50mg (por comprimido)	CID 10: D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8
Filgrastim 300mcg (solução injetável)	CID 10: D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D 70; Z94.8
Imunoglobulina humana 5g	CID 10: D60.0; D60.1; D60.8

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**

<input type="checkbox"/> LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba; <input type="checkbox"/> Notificação de Receita , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico : descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias. <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade .

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

<input type="checkbox"/> LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba; <input type="checkbox"/> Notificação de Receita , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; <input type="checkbox"/> Descrição clínica do(s) medicamento(s) utilizado(s) pelo paciente nos últimos 30 dias, e se paciente possui outra(s) doença(s) concomitante(s);

2.3 Exames Obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL (continua no verso)**

Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> Cópia do exame das sorologias para HIV <input type="checkbox"/> Cópia do exame de cariotipagem <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato) <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator Reumatóide <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo <input type="checkbox"/> Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) <input type="checkbox"/> Cópia do exame histopatológico



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

<input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Biópsia de medula óssea <input type="checkbox"/> Cópia do mielograma/medulograma <input type="checkbox"/> Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea <input type="checkbox"/> Cópia do teste de sorologia para Hepatite B <input type="checkbox"/> Cópia do teste de sorologia para Hepatite C	
Para Ciclofosfamida, Ciclosporina e Eltrombopague <input type="checkbox"/> Cópia do exame de contagem de Reticulócitos	Para Imunoglobulina Humana <input type="checkbox"/> Cópia do exame de contagem de Reticulócitos <input type="checkbox"/> Cópia do teste de sorologia para parvovírus B19
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.	
Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES e/ou adequação**Para todos os medicamentos**

- Cópia do exame de contagem de Reticulócitos;
 Cópia do exame de Hemograma;

Para Ciclosporina

- Cópia do exame de creatinina
 Cópia do exame de ureia
 Cópia do exame de sódio
 Cópia do exame de potássio
 Cópia do exame de magnésio

Para Eltrombopague

- Cópia do exame de TGO
 Cópia do exame de TGP
 Cópia do exame de Gama-GT (gama glutamil transferase)
 Cópia do exame de fosfatase alcalina
 Cópia do exame de bilirrubinas

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Hematologia**, regularizadas 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 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 Conjunta nº. 23, de 04 de novembro de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome de Falência Medular**.

Atenção a validade dos exames!!!Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**Exames de imagem: **validade de 1 ano.**Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA



Farmácia
Especializada da Paraíba

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657