



Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos
(Última revisão: 01/05/2026)

PCDT: Esclerose Sistêmica

CID-10: M34.0, M34.1 e M34.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50mg (por comprimido)
- Ciclofosfamida 50mg (por drágea)
- Metotrexato 2,5mg (por comprimido)
- Metotrexato 25mg/ml injetável (por ampola de 2ml)
- Sildenafil 25 mg e 50 mg (por comprimido)

2. Documentos Necessários:

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

Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

Solicitação Inicial:

- () **LME**-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- () Receituário médico com posologia para 1 mês de tratamento
- () Laudo do exame de capilar os copia periungueal (CPU) com padrão SD (sclerodermapattern) (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)
- () Descrição clínica com a descrição dos critérios do ACR/EULAR2013
- () Anexo - Critérios de Classificação para Esclerose Sistêmica
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**



Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657

Para Renovação e Adequação

- 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 detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:

Para Ciclofosfamida:

- Cópia do exame de antiHCV
- Cópia do exame de HBsAg
- Cópia do exame de Hemograma completo
- Cópia do exame de tuberculose –teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- Cópia do exame de anti-RNA polimerase I ou III (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**
- Cópia do exame de anti DNA topoisomerasel-anti-Sc170 (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)
- Cópia do exame de anticentrômero (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)
- Cópia do laudo de Rx de tórax
- Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de pulmão
- Cópia do laudo das provas de função pulmonar com difusão de CO2

Para Metotrexato:

- Cópia da dosagem de Uréia
- Cópia do exame de antiHCV
- Cópia do exame de anti-HIV
- Cópia do exame de bilirrubinas
- Cópia do exame de dosagem de Alaninaamino transferase ALT (glutâmico pirúvica – Γ GP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartatoamino transferase AST (glutâmico oxalacética -TGO)
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- Cópia do exame de HBsAg
- Cópia do exame de Hemograma completo
- Cópia do exame de tuberculose- teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- Cópia do exame de anti-RNA polimerase I ou III (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**
- Cópia do exame de antiDNA topoisomerasel-anti-Sc170(obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)
- Cópia do exame de anticentrômero (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)

Para Azatioprina:

- Cópia do exame de Hemograma completo
- Cópia do exame de tuberculose – teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- Cópia do laudo de Rx de tórax
- Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de pulmão
- Cópia do laudo das provas de função pulmonar com difusão de CO2

Para Sildenafil:

- Cópia do exame de bilirrubinas

**Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657**

- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase-ALT (glutâmicopirúvica -TGP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase-AST (glutâmicooxalacética -TGO)
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT(Gama Glutamil Transferase)
- Cópia do exame de anti-RNA polimerase I ou III (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulhere sem **idade fértil**
- Cópia do exame de antiDNA topoisomerasel-anti-Sc170(obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)
- Cópia do exame de anticentrômero(obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica)

O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou interromper o tratamento.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo avaliador.

Para Renovação e Adequação

- Cópia do exame de dosagem deTGO
- Cópia do exame de dosagem de TGP
- Cópia do exame de Hemograma Completo
- Cópia do exame de dosagem de CreatininaSérica
- Cópia do exame de dosagem de Ureia Sérica

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.

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na especialidade de **Reumatologista** e estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

4. Para receber os medicamentos:

Ou suário 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,de12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário



Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657

5. Observações:

A resposta à Solicitação será emitida **em até 20 (vinte) dias úteis**.

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.

Regras estabelecidas pela Portaria Conjunta N°09, de 28 de agosto de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Esclerose Sistêmica**.

Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil para os medicamentos CICLOFOSFAMIDA e METOTREXATO**.

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**