



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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(última atualização: 05/05/2025)PCDT: DERMATITE ATÓPICA
CID 10: L20.0, L20.8

1. Medicamentos

CICLOSPORINA 100 MG (CÁPSULA);
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FRASCO) 50 ML;
CICLOSPORINA 25 MG (CÁPSULA);
CICLOSPORINA 50 MG (CÁPSULA).

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

() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;

() **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;

() **Descrição clínica detalhada** com medida de pressão arterial, atestando que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão para uso do medicamento ciclosporina, quais sejam: estar em uso de fototerapia, insuficiência renal crônica, hipertensão arterial não controlada, neoplasia em atividade, lactação, infecção aguda ou crônica ativa, tuberculose sem tratamento. Apresentar descrição dos critérios diagnósticos de dermatite atópica apresentados pelo paciente, bem como descrição da gravidade da doença (informar escala utilizada e pontuação obtida). Para pacientes idosos, informar se doença é incapacitante.

() **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

() **Anexo I – Critérios do Reino Unido ou Anexo II – Critérios Hanifin e Rajka.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO

() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;

() **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;

() **Laudo Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.

2.3 EXAMES OBRIGATÓRIOS

SOLICITAÇÃO INICIAL

() Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica



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

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam os pacientes devem ser encaminhados a um especialista (**como alergologistas ou dermatologistas**) em casos de: incerteza diagnóstica; eczema grave ou moderado com disfunção significativa que responde parcialmente à terapia convencional ou aqueles refratários à terapia de primeira linha; atrofia de pele devido ao uso de corticoides tópicos; preocupação com a quantidade necessária de corticoides; possíveis casos de dermatite alérgica de contato; suspeita de deficiências imunológicas ou alergias alimentares e a outros alérgenos, 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, CPF ou Cartão Nacional do SUS e Cartão de Controle 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. Se, por algum motivo, não usar o medicamento **devolva ao serviço**.
- 5.4. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 34, de 20 de DEZEMBRO de 2023. que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Dermatite Atópica**.

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.