



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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

CID 10: M33.0; M33.1 e M33.2.

1. Medicamentos

Azatioprina 50 mg (por comprimido);
Ciclosporina 10 mg (por cápsula);
Ciclosporina 25 mg (por cápsula);
Ciclosporina 50 mg (por cápsula);
Ciclosporina 100 mg (por cápsula);
Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml);
Metotrexato 2,5 mg (por comprimido);
Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml);
Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco);
Hidroxicloroquina 400 mg (por comprimido).

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;
- () **Laudo Médico**, descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- () **Cópia de laudo oftalmológico**.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () 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**, descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- () **Cópia de laudo oftalmológico**.



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

2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL	
Para Azatioprina e Imunoglobulina humana: () Cópia do exame de B-HCG sérico (mês atual) para mulheres em idade fértil;	
Para Ciclosporina; () Cópia do exame de B-HCG sérico (mês atual) para mulheres em idade fértil; () Cópia do exame de Ureia sérica; () Cópia do exame de Creatinina sérica;	Para Metotrexato: () Cópia do exame de Ureia sérica () Cópia do exame de Creatinina sérica () Cópia do exame de B-HCG sérico (mês atual) para mulheres em idade fértil; () Cópia de exame TGO; () Cópia de exame TGP; () Cópia do exame de hemograma completo com plaquetas;
RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES e/ou ADEQUAÇÕES	
Para todos os medicamentos: () CPK – Creatinofosfoquinase; () DHL - Desidrogenase Láctica ; () Aldolase ; () ALT (TGP); () AST (TGO). Para Metotrexato: () Hemograma com plaquetas; () Ureia () Creatinina; () Cópia do exame de B-HCG sérico (mês atual) para mulheres em idade fértil;	Para Hidroxicloroquina: () Exame Oftalmológico. Para Ciclosporina: () Creatinina () Ureia () Cópia do exame de B-HCG sérico (mês atual) para mulheres em idade fértil; Para Azatioprina: () Hemograma com plaquetas; () Fosfatase alcalina;
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.	

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na especialidade de **reumatologia ou clínica médica**, regularizados 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, Cartão Nacional do SUS 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 de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº 1692, de 22 de novembro de 2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Dermatomiosite e Polimiosite**.



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

Para Imunoglobulina Humana: levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

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.