



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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 27/01/2026)**PCDT: MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS**
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** com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- () **ANEXO I - EULAR/ACR 2017 PARA MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS IDIOPÁTICAS ADULTAS E JUVENIS**
- () **EXAME 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;



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

2.3 Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL****Para Azatioprina:**

- Cópia do exame de TGO
- Cópia do exame de TGP
- Cópia do exame de Fosfatase alcalina
- Cópia do exame de Hemograma

Para Ciclosporina;

- 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;
- Cópia do exame de Fosfatase alcalina

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;
- TGO
- TGP
- Ureia
- Creatinina;
- Cópia do exame de B-HCG sérico (mês atual) para mulheres em idade fértil;

Para Hidroxicloroquina:

- Exame Oftalmológico
- CPK
- Aldolase

Para Ciclosporina:

- Creatinina
- Ureia
- Colesterol total e frações
- Potássio

Para Azatioprina:

- Hemograma com plaquetas;
- Fosfatase alcalina;
- TGO
- TGP

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.



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

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 Nº 1692, de 22 de novembro de 2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS**.
- 5.4 Para Imunoglobulina Humana: levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira;
- 5.5. Cópia do exame de Beta HCG para mulheres em idade fértil - mensalmente. Para: Metotrexato;
- 5.6. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.

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.**

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA



Farmácia
Especializada da Paraíba

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

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA



Farmácia
Especializada da Paraíba

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