

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos
(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Dermatomiosite e Polimiosite

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

1. Medicamentos

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

2. Documentos Necessários:**2.1 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

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):**Solicitação Inicial:**

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios
- Cópia do diário de monitoramento glicêmico com medidas demonstrando glicemia em jejum, pré-prandial, pós-prandial e ao deitar.

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

SOLICITAÇÃO INICIAL	
Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas; <input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina; <input type="checkbox"/> CPK – Creatinofosfoquinase; <input type="checkbox"/> DHL - Desidrogenase Lática ; <input type="checkbox"/> Aldolase ; <input type="checkbox"/> ALT (TGP); <input type="checkbox"/> AST (TGO).	
Para Ciclosporina: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ureia sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Para Metotrexato: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ureia sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

PARA ADEQUAÇÃO E/OU RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas; <input type="checkbox"/> CPK – Creatinofosfoquinase; <input type="checkbox"/> DHL - Desidrogenase Lática ; <input type="checkbox"/> Aldolase ; <input type="checkbox"/> ALT (TGP); <input type="checkbox"/> AST (TGO). Para Metotrexato: <input type="checkbox"/> Ureia <input type="checkbox"/> Creatinina; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Para Hidroxicloroquina: <input type="checkbox"/> Exame Oftalmológico. Para Ciclosporina: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Ureia Para Azatioprina: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas; <input type="checkbox"/> 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 **Reumatologia ou Clínico Geral**, regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

4. Para receber os medicamentos:

O usuário 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, de 12 de maio de 1998.
- Cartão 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. 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**.

5.4. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil - mensalmente. PARA: Azatioprina, Ciclosporina e Metotrexato**.

5.5. Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

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

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**