



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

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

**PCDT:** Doença de Paget  
**CID-10:** M88.0,M88.8

**1. Medicamentos Disponíveis:**

- Ácido Zoledrônico 5mg/100mL solução injetável;
- Calcitonina 200UI spray nasal (por frasco);
- Risedronato 35mg (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;
- ( ) **Notificação de Receita**,com posologia para 1(um) mês de tratamento;
- ( ) Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitantes e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

**Para Ácido Zoledrônico:**

- ( ) **Relato médico** com contraindicação aos bisfosfonatos orais em função de dismotilidade esofágica ou impossibilidade de manter-se ortostase após ingestão dos comprimidos

**Renovação ( a cada seis meses) ou ADEQUAÇÃO:**

- LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais,sintomas e tratamentos prévios



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

**Exames Obrigatórios (Cópia):**

**Solicitação Inicial:**

**Para Ácido Zoledrônico e Risedronato:**

- ( ) Cópia da dosagem de Cálcio sérico
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH)
- ( ) Cópia do laudo Radiológico.
- ( ) Cópia do exame de Beta-Hcg para mulheres em idade fértil - **Risedronato**

**Para Calcitonina:**

- ( ) Cópia da dosagem de Cálcio sérico;
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH);
- ( ) Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)
- ( ) Cópia do laudo Radiológico

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 Adequação ou Renovação (a cada seis meses):**

- ( ) Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica

**3. Serviços de Referência:**

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada desde que tenham o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) regularizados. **Não há necessidade de especialidade médica para esta Patologia.**

**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 nº344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário



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

#### 5. Observações:

A resposta à Solicitação será emitida **em até20 (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 de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 2, de 17 de janeiro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Paget.**

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

Cópia do exame deB-HCG sérico para mulheres em **idade fértil. Para: Risedronato.**

#### 6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais:**Validade de 3meses**
- Exames de Imagem:**Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica:**Do mês vigente**
- Exames Genéticos:**Sem validade**

RuaBorjaPeregrino,181-Torre,JoãoPessoa-PB,58040-050