



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

1. Medicamentos Disponíveis:

- Ácido Zoledrônico 5 mg/100 mL solução injetável;
- Calcitonina 200 UI spray nasal (por frasco);
- Risedronato 35 mg (por 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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
- () **Termos 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):

- 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

2.3 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 B- Hcg para mulheres em idade fértil (09 a 49)

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 e/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** sendo o médico **especialista correspondente à patologia**, regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

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



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 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 Conjunta Nº 2, de 17 de janeiro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Paget**.

5.4. 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**