

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(última atualização: 05/05/2025)**PCDT: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)****CID 10: J44.0; J44.1; J44.8****1. Medicamentos**

Budesonida 200 mcg (por cápsula inalante)
Budesonida 400 mcg (por cápsula inalante)
Brometo de tiotrópio monoidratado 2,5mcg + cloridrato de olodaterol 2,5mcg (pó inalante)
Brometo de umeclidínio 62,5mcg + Trifenatato de vilanterol 25mcg (pó inalante)
Formoterol 12 mcg (por cápsula inalante)
Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg (por cápsula inalante)
Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg po inalante (por frasco de 60 doses)
Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg pó inalante (por frasco de 60 doses)
Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg (por cápsula inalante)

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;

() **Descrição clínica detalhada** dos sinais e sintomas respiratórios, o estágio da DPOC, se paciente é tabagista, as doenças concomitantes e o número de exacerbações moderadas a grave no ano anterior que exijam tratamento com antibiótico e corticosteroide;

() **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

() **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**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.

2.3 EXAMES OBRIGATÓRIOS**SOLICITAÇÃO INICIAL**

() Cópia do exame de **Espirometria** demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) fase pós-broncodilatador e o Pico de fluxo expiratório (PFE) – **No caso da impossibilidade da realização do exame, apresentar uma justificativa médica;**

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

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia regularizadas no CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Para Pacientes classificados a partir do estágio III (obstrução grave) devem ser acompanhados por pneumologista em serviço especializado.**

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao serviço munido de documento de identificação com foto, CPF ou Cartão Nacional do SUS e Cartão de Controle 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. Se, por algum motivo, não usar o medicamento devolva ao serviço.
- 5.4. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta nº19 de 16 de novembro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**.

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.