

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: EPILEPSIA REFRATÁRIA

CID 10: G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8

1. Medicamentos

Clobazam 10 mg (por comprimido); Clobazam 20 mg (por comprimido); Etossuximida 50 mg/ml (frasco de 120ml); Gabapentina 300 mg (por cápsula); Gabapentina 400 mg (por cápsula); Lamotrigina 25 mg (por comprimido); Lamotrigina 50 mg (por comprimido); Lamotrigina 100 mg (por comprimido); Levetiracetam 250 mg (por comprimido);	Levetiracetam 500 mg (por comprimido); Levetiracetam 750 mg (por comprimido); Levetiracetam 1000 mg (por comprimido); Levetiracetam 100mg/ml solução oral; Primidona 100 mg (por comprimido); Topiramato 25 mg (por comprimido); Topiramato 50 mg (por comprimido); Topiramato 100 mg (por comprimido); Vigabatrina 500 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;
- () **Receita de Controle Especial**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epiléticas. (Relatório médico com descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento, sinais e sintomas clínicos e se possui outras doenças graves).
- () **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;
- () **Receita de Controle Especial**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epiléticas. (Relatório médico com descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento, sinais e sintomas clínicos e se possui outras doenças graves).

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada**, pacientes devem ser atendidos por **médicos especialistas em neurologia em hospitais terciários, habilitados na alta complexidade em Neurologia/Neurocirurgia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.



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

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias;
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;
4. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº 06 de 28/09/2017 e Portaria Conjunta nº. 17, de 21 de junho de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de **Epilepsia Refratária**.

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.