

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

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

PCDT: Esclerose Lateral Amiotrófica
CID-10: G12.2

1. Medicamentos Disponíveis:

- Riluzol 50mg(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
- () Receituário médico com posologia para 1 mês de tratamento
- () **Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e progressão da doença descrito por médico especialista em Neurologia**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

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
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios



Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Ureia Sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de ALT(TGP); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de AST(TGO); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Tempo de Protrombina (TP); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de B-HCG Sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos) <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Ressonância Magnética de encéfalo e junção crânio cervical; <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Eletroneuromiografia <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
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)
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de ALT(TGP) <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de AST(TGO) <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo com contagem de plaquetas <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de B-HCG Sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo 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 atendem na especialidade Neurologista e estejam regularizadas 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:
<ul style="list-style-type: none">• Documento de identificação com foto• Prescrição médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.• Cartão do usuário



Contato: (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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta nº. 13, de 13 de agosto de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de **Esclerose Lateral Amiotrófica**.

5.4. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente, sendo o exame do mês vigente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**.

5.5. 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**