

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(última revisão: 31/07/2024)**PCDT: FIBROSE CÍSTICA – INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA**  
**CID 10: E84.1; E84.8****1. Medicamentos**

Pancreatina 10.000 UI (cápsula); Pancreatina 25.000 UI (cápsula); Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor 100 + 50 + 75 + 150 mg (comprimido)	} <b>A partir de 6 anos de idade</b>
Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor, 50 + 25 + 37,5 + 75 mg (comprimido)	

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais;**

<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Carteira de Identidade – RG</li><li>✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF</li><li>✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS</li><li>✓ Comprovante de Residência com CEP</li><li>✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).</li></ul>
--

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;**

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>
( ) <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
( ) <b>Notificação de Receita</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
( ) <b>Laudo Médico</b> , <i>descrevendo a situação clínica detalhada dos sinais e sintomas</i> ;
( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> .

  

<b>RENOVAÇÃO E ADEQUAÇÃO</b>
( ) <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
( ) <b>Notificação de Receita</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
( ) <b>Laudo Médico</b> , <i>descrevendo a situação clínica detalhada dos sinais e sintomas</i> .

**2.3 Exames;**

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>
( ) Dosagem de Cloreto de Sódio no suor (duas determinações);
( ) Exame Genético para diagnóstico de Fibrose Cística;

O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo 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.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS ou particular que atendam na **especialidade correspondente à patologia** regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos

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

### 5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (trinta) dias úteis;
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;
3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta n.º25 de 27 de dezembro de 2021 que Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Fibrose Cística**.

## Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**