

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)PCDT: FIBROSE CÍSTICA – MANIFESTAÇÕES PULMONARES
CID 10: E84.0; E84.1 e E84.8.

1. Medicamentos

Alfadornase 2,5 mg, ampola; Tobramicina 300/5 mg/ml solução inalatória (ampola) Ivacaftor 150mg (comp) Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor 100 + 50 + 75 + 150 mg (comprimido)	} A partir de 6 anos de idade
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;

- ✓ 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;
- () **Laudo Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, situação pulmonar do paciente (escarro persistente, alteração radiológica, exacerbações pulmonares frequentes e se realizou espirometria o resultado encontrado no VEF1 pós.);
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

RENOVAÇÃO (A CADA SEIS MESES)

- () 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, situação pulmonar do paciente.

2.3 Exames;

SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

- () Cópia do exame de detecção molecular em fibrose cística;
- () Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor.

Para Tobramicina:

- () Cópia de exame de cultura de secreção respiratória

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

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

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 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 legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) 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 nº 25, de 27 de dezembro de 2021 que aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para tratamento da **Fibrose cística**.

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.

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.