

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: HEMANGIOMA INFANTIL**CID 10: D18.0****1. Medicamentos**

Alfainterferona 2B 3.000.000UI (frasco-ampola)
Alfainterferona 2B 5.000.000UI (frasco-ampola)
Alfainterferona 2B 10.000.000UI (frasco-ampola)

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 deseja 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 (sinais e sintomas), diagnóstico e tratamentos prévios do paciente;

() **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 (sinais e sintomas), diagnóstico e tratamentos prévios do paciente;

2.3 Exames Obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

() **AST** (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);

() **ALT** (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);

() **Tempo de Protrombina**

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.

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.

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, 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 n.º 6, de 23 de fevereiro de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Hemangioma Infantil**.

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.