

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: Hemangioma infantil

CID-10: D18.0

1. Medicamentos Disponíveis:

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

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:
<ul style="list-style-type: none">() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica() Prescrição médica devidamente preenchida;() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Renovação (a cada seis meses):
<ul style="list-style-type: none">• 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):

Para Solicitação inicial:
<p>() Hemograma completo com plaquetas () AST (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); () ALT (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); () Tempo de Protrombina</p> <p>Exame de imagem:</p> <p>() Ultrassonografia, Tomografia ou Ressonância magnética com diagnóstico; OU () Nos casos de hemangiomas localizados na via aérea superior e no trato gastrointestinal recomenda-se exames endoscópicos: Fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva ou colonoscopia; OU () Exame anatomopatológico com diagnóstico de HI (hemangiomas Infantil).</p>
<p>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.</p>
<p>Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p>

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
<p>() Hemograma completo com plaquetas () AST (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); () ALT (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);</p>

3. Serviços de Referência:

<p>Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na especialidade que atendam a patologia, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.</p>

4. Para receber os medicamentos:

<p>O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Documento de identificação com foto• Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.• Cartão do usuário

5. Observações:

<p>5.1. O exame Beta HCG deve ser apresentado mensalmente para pacientes do sexo feminino em idade fértil (9 a 49 anos).</p> <p>5.2. A resposta à solicitação será emitida em até 20 dias úteis.</p>

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

5.3. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente.

5.4. 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**.

5.5. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

5.6. **Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.**

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**