



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):**

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

<b>Renovação (a cada seis meses):</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica</li><li>• Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento</li><li>• Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios</li></ul>



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

**2.3 Exames Obrigatórios (cópia):**

**Para Solicitação inicial:**

- (  ) Hemograma completo com plaquetas
- (  ) AST (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);
- (  ) ALT (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- (  ) Tempo de Protrombina

**Exame de imagem:**

- (  ) Ultrassonografia, Tomografia ou Ressonância magnética com diagnóstico;

**OU**

(  ) Nos casos de hemangiomas localizados na via aérea superior e no trato gastrintestinal recomenda-se exames endoscópico: Fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva ou colonoscopia;

**OU**

- (  ) Exame anatomo-patológico com diagnóstico de HI ( hemangiomas Infantil).

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.

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- (  ) Hemograma completo com plaquetas
- (  ) AST (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);
- (  ) ALT (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);

**3. Serviços de Referência:**

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.

**4. Para receber os medicamentos:**

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- 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:**

5.1. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**.

5.2. A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**.



**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**