

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT: HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA**
CID 10: D 59.5**1. Medicamentos**ECULIZUMABE 10 MG/ML SOL INJ (FR) 30 ML (**Pacientes maiores de 14 anos**)**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 E ADEQUAÇÃO**

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Prescrição médica** devidamente preenchida;
- () **Descrição** clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**
- () **Anexo I: História clínica recente do paciente**
- () **Anexo II: Avaliação de Qualidade de Vida do paciente**
- () **História transfusional dos últimos seis meses.**
- () **Cartão de vacina** (Vacina meningocócica conjugada tetravalente (sorotipos ACWY))

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Prescrição médica** devidamente preenchida;
- () **Descrição** clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;

2.3 Exames Obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () Cópia do exame de dosagem de Uréia
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- () Cópia do exame de Ferritina Sérica.
- () Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH).
- () Cópia do hemograma completo
- () Cópia do exame reticulócitos
- () Cópia do exame Índice de Saturação de Transferrina (IST).

Apresentar exame que comprove o critério de inclusão:

- () Ecocardiograma com PSAP (Para pacientes com **Hipertensão Arterial Pulmonar**).
- () Exame de imagem (Para pacientes com histórico de **evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica**).
- () Clearance de Creatinina (Para pacientes

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

() Cópia do laudo diagnóstico por citometria de fluxo confirmatório de HPN. () Cópia do teste direto de antiglobulina (Coombs direto).	com história de Insuficiência Renal . () Beta HCG ou Ultrassonografia (Para pacientes Gestantes). () Ao menos dois hemogramas, realizados em datas diferentes ((Para pacientes com história de Anemia Crônica).
---	--

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, receita especial na cor branca e Cartão do Usuário.

5. Observações:

- 5.1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
- 5.2. 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;
- 5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº. 18, de 20 de novembro de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de **HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA**.

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.