



**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:** Imunossupressão no transplante de outros órgãos e tecidos

**CID-10:** Z94.8

### **1. Medicamentos Disponíveis:**

- Alfaepoetina 4.000 UI
- Alfaepoetina 10.000 UI
- Azatioprina 50mg (por comprimido)
- Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg (por cápsula)
- Ciclosporina 100mg/ml sol. oral (por frasco)
- Filgrastim 300mg

### **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:**

- ( ) **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 médica detalhada, bem como os tratamentos prévios já realizados.
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

##### **Renovação (a cada seis meses):**

- 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) :

|   |
|---|
| <b>Para Solicitação inicial:</b>  |
| <b>Para Filgrastim</b><br>( ) Cópia do exame de Hemograma completo  |
| 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 <b>SUS</b> ou da <b>Rede Privada</b> que atendam <b>na especialidade Hepatologista/ Serviços Especializados em transplante hepático</b> , 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: <ul style="list-style-type: none"><li>● Documento de identificação com foto;</li><li>● Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998;</li><li>● Cartão do usuário.</li></ul> |
|--|

### 5. Observações:

|   |
|---|
| 5.1. A resposta à solicitação será emitida em <b>até 20 dias úteis</b> ;  |
| 5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente; |
| 5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas;              |
| 5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à <b>Farmácia Especializada da Paraíba</b> .   |

### 6. Atenção à Validade dos Exames:

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Exames Laboratoriais: <b>Validade de 3 meses</b></li><li>● Exames de Imagem: <b>Validade de 1 ano</b></li><li>● Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: <b>Do mês vigente</b></li><li>● Exames Genéticos: <b>Sem validade</b></li></ul> |
|--|

SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**Farmácia  
Especializada da Paraíba**

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