

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 renal

CID-10: Z94.0 | T86.1

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50mg (por comprimido)
- Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula)
- Ciclosporina 100mg/ml sol. oral (por frasco)
- Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1,0mg (por comprimido)
- Imunoglobulina Humana 5,0g (sol. injetável)
- Micofenolato de mofetila 500mg (por comprimido)
- Micofenolato de sódio 180mg e 360mg (por comprimido)
- Sirolimo 1mg e 2mg (por cápsula)
- Tacrolimo 1mg e 5mg (por cápsula)

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
- () Laudo Médico - descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os tratamentos prévios já realizados;
- () Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**



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

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

2.3 Exames Obrigatórios (cópia):**Para Solicitação inicial:****Casos de Rejeição aguda:**

- () Cópia do exame de cultura de urina
- () Cópia do laudo do exame ultrassonografia com doppler
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica

Casos de Rejeição crônica:

- () Cópia do exame de dosagem de anticorpos específicos anti-HLA
- () Cópia do exame de dosagem de anticorpos específicos C4d peritubular
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- () Cópia do laudo do exame de biópsia renal

Para o **Azatioprina, Ciclosporina, Micofenolato de Sódio, Micofenolato de Mofetila:**

- () Cópia do Beta HCG para mulheres em **idade fértil - apresentar mensalmente**

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.

Renovação/Adequação (a cada seis meses)**Azatioprina:**

- () Cópia do exame de Hemograma completo
- () Cópia do exame de TGO/AST
- () Cópia do exame de TGP/ ALT
- () Cópia do exame de Fosfatase alcalina
- () Cópia do exame de bilirrubinas (total, direta e indireta)
- () Cópia do Beta HCG para mulheres em **idade fértil - apresentar mensalmente**

Ciclosporina:

- () Cópia do exame de Hemograma completo
- () Cópia do exame de TGO/AST
- () Cópia do exame de TGP/ ALT
- () Cópia do exame de Fosfatase alcalina
- () Cópia do exame de bilirrubinas (total, direta e indireta)
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- () Cópia do exame de glicose de jejum
- () Cópia do exame de colesterol (total, HDL, LDL, VLDL e triglicerídeos)
- () Cópia dos exames de eletrólitos (Sódio, Potássio, Cálcio, Cloreto e Magnésio).
- () Cópia do Beta HCG para mulheres em **idade fértil - apresentar mensalmente**

Tacrolimo:

- () Cópia do exame de Hemograma completo
- () Cópia do exame de TGO/AST
- () Cópia do exame de TGP/ ALT
- () Cópia do exame de Fosfatase alcalina



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

- Cópia do exame de bilirrubinas (total, direta e indireta)
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- Cópia do exame de glicose de jejum
- Cópia do exame de colesterol (total, HDL, LDL, VLDL e triglicerídeos)
- Cópia dos exames de eletrólitos (Sódio, Potássio, Cálcio, Cloreto e Magnésio).

Micofenolato de Mofetila e Micofenolato de Sódio:

- Cópia do exame de Hemograma completo
- Cópia do Beta HCG para mulheres em **idade fértil - apresentar mensalmente**

Sirolimo e Everolimo:

- Monitorar a pressão arterial
- Cópia do exame de glicose de jejum
- Cópia do exame de colesterol (total, HDL, LDL, VLDL e triglicerídeos)
- Cópia dos exames de eletrólitos (Sódio, Potássio, Cálcio, Cloreto e Magnésio).

OBS1: Os exames laboratoriais solicitados para RENOVAÇÃO/ADEQUAÇÃO são a critério médico. Porém, caso o paciente tenha esses exames, solicite-os para avaliar no sistema e anexar as cópias no processo.

OBS2: O exame de BETA HCG para mulheres em idade fértil NÃO é facultativo!

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada**, com **Especialidade em Nefrologia**, regularizadas no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

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



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

5. Observações:

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

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

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

5.6. Apresentar cópia do Beta HCG para mulheres em **idade fértil - apresentar mensalmente, sendo o exame do mês vigente. PARA: AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, MICOFENOLATO DE MOFETILA E MICOFENOLATO DE SÓDIO.**

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**