



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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT:** Insuficiência Pancreática Exócrina
CID 10:K86.0; K86.1; K90.3**1. Medicamentos**

Pancreatina 10.000 UI, cápsula; Pancreatina 25.000 UI, cápsula.
--

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**

<input type="checkbox"/> LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba; <input type="checkbox"/> Notificação de Receita , com posologia para 1(um) mês de tratamento; <input type="checkbox"/> Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.
--

3.**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

<input type="checkbox"/> LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba; <input type="checkbox"/> Notificação de Receita , com posologia para 1(um) mês de tratamento; <input type="checkbox"/> Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

3.1 PARA SOLICITAÇÃO INICIAL:**EXAMES OBRIGATORIOS:**

<input type="checkbox"/> Esteatorreia (com pesquisa qualitativa da gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III). OU <input type="checkbox"/> Dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas, maior que 6 g/dia) associada a pelo menos um dos critérios abaixo.

O exame acima deve estar associado a pelo menos um dos exames abaixo (para confirmação do quadro clínico):

<input type="checkbox"/> Radiografia Simples de abdômen, ou (validade 12 meses) <input type="checkbox"/> Ultrassonografia abdominal, ou (validade 12 meses) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada de abdômen, ou (validade 12 meses) <input type="checkbox"/> Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, ou (validade 12 meses) <input type="checkbox"/> Ressonância magnética de vias Biliares, ou (validade 12 meses) <input type="checkbox"/> Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total.
--



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

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

5. 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.

6. Observações

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
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;
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº 112, de 4 de fevereiro de 2016 que aprova o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Insuficiência Pancreática Exócrina**.

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.

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**Farmácia
Especializada da Paraíba**

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