

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT: LÚPUS ERITEMATOSO****CID 10: M32.1; M32.8; L93.0; L93.1****1. Medicamentos**

Azatioprina 50 mg (por comprimido)	Danazol 100 mg (por cápsula)
Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)	Danazol 200 mg (por cápsula)
Ciclosporina 25 mg (por cápsula)	Hidroxicloroquina 400 mg (por comprimido)
Ciclosporina 50 mg (por cápsula)	Metotrexato 2,5 mg (por comprimido)
Ciclosporina 100 mg (por cápsula)	Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml)
Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral	Micofenolato de mofetila 500mg (por comprimido)

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**

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.
- () **Anexo** - Classificação pela American College of Rheumatology (ACR)
- () **Escore SLEDAI** (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios;

2.3. Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL****Para Cloroquina e Hidroxicloroquina:**

- () Cópia do exame VDRL,

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

☐ Cópia do exame anti-HBsAg ☐ Cópia do exame anti-HCV ☐ Cópia do exame anti-HIV;	
Para Azatioprina: ☐ Cópia do teste de Mantoux ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax ☐ Cópia do exame anti-HBsAg ☐ Cópia do exame anti-HCV ☐ Cópia do exame anti-HIV ☐ Cópia do exame VDRL. Para Ciclosporina: ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica; ☐ Cópia do teste de Mantoux; ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax; ☐ Cópia do exame VDRL, ☐ Cópia do exame anti-HBsAg ☐ Cópia do exame anti-HCV ☐ Cópia do exame anti-HIV; Para Ciclofosfamida: ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - 10 a 49 anos; ☐ Cópia do teste de Mantoux ☐ Cópia do exame anti-HBsAg ☐ Cópia do exame anti-HCV ☐ Cópia do exame anti-HIV ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax; ☐ Cópia do exame VDRL. Para Danazol ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - 10 a 49 anos; ☐ Cópia do exame de contagem de Plaquetas ☐ Cópia do exame de dosagem de TGP ☐ Cópia do exame de dosagem de TGO ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica; ☐ Cópia do exame anti-HBsAg ☐ Cópia do exame anti-HCV ☐ Cópia do exame anti-HIV ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax; ☐ Cópia do exame VDRL.	Para Metotrexato ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - 10 a 49 anos; ☐ Cópia do exame de dosagem de TGP ☐ Cópia do exame de dosagem de TGO ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica; ☐ Cópia do exame de Uréia sérica; ☐ Cópia do exame de Fosfatase alcalina ☐ Cópia do teste de Mantoux; ☐ Cópia do exame anti-HBsAg ☐ Cópia do exame anti-HCV ☐ Cópia do exame anti-HIV ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax; ☐ Cópia do exame VDRL. Para Micofenolato de Mofetila ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - 10 a 49 anos; ☐ Cópia do teste de Mantoux. ☐ Cópia do exame anti-HCV ☐ Cópia do exame anti-HIV ☐ Cópia do exame VDRL. ☐ Cópia do exame anti-HBsAg
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 **SUS** ou da **Rede Privada** doentes de **LES** devem ser atendidos em **serviços especializados em reumatologia**, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento, regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

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. 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 Conjunta nº 21, de 1 de novembro de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Lúpus Eritematoso Sistêmico.**

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.