



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: Polineuropatia amiloidótica familiar (PAF)

CID-10: E85.1

1. Medicamentos Disponíveis:

- Tafamidis 20mg (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
() Descrição clínica detalhada contendo quadro clínico determinado por especialistas na área de neurologia ou cardiologia, constatação do depósito amiloide, teste genético comprovando a mutação em TTR e histórico familiar da doença
() Avaliação dos escores neurológicos funcionais (polyneuropathy disability score - PND e avaliação sensitivo motora pelo NIS).
() **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):

Para solicitação inicial :

- () Exame de DNA com a presença de mutação do gene TTR.
- () Cópia do exame laboratorial para constatação de depósito amiloide (biópsia do órgão afetado).
- () Eletrocardiograma, ecocardiografia transtorácica, dosagem de troponina e em casos selecionados, ressonância magnética de coração, cintilografia cardíaca com pirofosfato (ou outro marcador específico para a TTR) e monitoramento pelo sistema Holter
- () Eletromiografia com estudos de condução nervosa
- () Monitoramento da proteinúria e função renal (ureia, creatinina, ácido úrico, taxa de filtração glomerular, proteína em urina de 24 horas)

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 (a cada seis meses) :

- () Cópia do exame de Uréia
- () Cópia do exame de Creatinina
- () Cópia do exame de Ácido úrico
- () Cópia do exame de Taxa de Filtração Glomerular (Clearance de Creatinina)
- () Cópia do exame de Proteína em urina de 24hora
- () Cópia do exame de TGO
- () Cópia do exame de TGP

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada, para **Solicitação Inicial: Neurologista**.

Para renovação da continuidade do tratamento: Cardiologista, Ecocardiografistas, Nefrologistas, Oftalmologistas, Gastroenterologistas, Neuropatologistas, Hematologistas, Geneticistas, Fisiatrás, Especialistas em Cintilografia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento e estejam 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:

- 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 Portaria Conjunta nº 22, de 02 de outubro de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Polineuropatia Amiloidótica Familiar**;
- 5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

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**