

**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):

<b>Para solicitação inicial :</b>
<p>( ) Exame de DNA com a presença de mutação do gene TTR.</p> <p>( ) Cópia do exame laboratorial para constatação de depósito amiloide (biópsia do órgão afetado).</p> <p>( ) 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</p> <p>( ) Eletromiografia com estudos de condução nervosa</p> <p>( ) Monitoramento da proteinúria e função renal (ureia, creatinina, ácido úrico, taxa de filtração glomerular, proteína em urina de 24 horas)</p>
<p>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.</p>
<p>*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p>

<b>Renovação ( a cada seis meses ) :</b>
<p>( ) Cópia do exame de Uréia</p> <p>( ) Cópia do exame de Creatinina</p> <p>( ) Cópia do exame de Ácido úrico</p> <p>( ) Cópia do exame de Taxa de Filtração Glomerular (Clearance de Creatinina)</p> <p>( ) Cópia do exame de Proteína em urina de 24hora</p> <p>( ) Cópia do exame de TGO</p> <p>( ) Cópia do exame de TGP</p>

### 3. Serviços de Referência:

<p>Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada, para <b>Solicitação Inicial: Neurologista.</b></p> <p><b>Para renovação da continuidade do tratamento: Cardiologista, Ecocardiografistas, Nefrologistas, Oftalmologistas, Gastroenterologistas, Neuropatologistas, Hematologistas, Geneticistas, Fisiatras, Especialistas em Cintilografia</b>, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento e estejam regularizadas no <b>CNES</b> (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).</p>
--

### 4. Para receber os medicamentos:

<p>O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:</p> <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>
---

**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**