



**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:** Púrpura Trombocitopênica Idiopática

**CID-10:** D69.3

### **1. Medicamentos Disponíveis:**

- Azatioprina 50 mg (por comprimido)
- Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)
- Danazol 100 mg e 200mg (por cápsula)
- Eltrombopague 25 mg e 50mg (por comprimido)
- Imunoglobulina humana 5,0 g injetável (por frasco)

### **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 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:****Para Solicitação Inicial:****Para todos os medicamentos:**

- ( ) Cópia do exame de anti-HIV
- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas.
- ( ) Cópia do exame de anti-HCV

**Para Ciclofosfamida e Danazol:**

- ( ) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil – 9 até 49 anos.

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.

**Para Renovação:****Para todos os medicamentos:**

- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas.

**Para Azatioprina e Eltrombopague:**

- ( ) Cópia do exame de AST/TGO.
- ( ) Cópia do exame de ALT/TGP.

**Para Danazol:**

- ( ) Cópia do exame de AST/TGO.
- ( ) Cópia do exame de ALT/TGP.
- ( ) Cópia do exame de fosfatase alcalina.
- ( ) Cópia do exame de colesterol total.
- ( ) Cópia do exame de DHL.
- ( ) Cópia do exame triglicéridos
- ( ) Cópia do laudo da Ultrassonografia Abdominal **(anualmente)**.

**Para Ciclofosfamida e Danazol:**

- ( ) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil – 9 até 49 anos.



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

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na **especialidade de Hematologia** 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.

### 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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 9, de 31 de julho de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Púrpura Trombocitopênica Idiopática**;

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

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

5.7. **Apresentar a cópia do exame de B-HCG sérico do mês vigente para mulheres em idade fértil – 9 até 49 anos. PARA: CICLOFOSFAMIDA e DANAZOL.**

### 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**