



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

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos (Última revisão: 18/05/2026)

PCDT: Trombocitopenia Imune Primária

CID-10: D69.3

1. Medicamentos Disponíveis:

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

2. Documentos Necessários:

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

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 e Adequação:

- LME-Laudos 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

Exames Obrigatórios:

Para Solicitação Inicial:

Para todos os medicamentos:

- Cópia do exame de anti-HIV
- Cópia do exame de anti-HCV
- Cópia do exame de HbsAg
- Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas.
- Cópia do exame de dosagem de gama GT (GGT) sérico
- Cópia do exame de Bilirrubina Total
- Cópia do exame de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)
- Cópia do exame de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- Cópia do Laudo de Biopsia e aspirado de medula óssea; **EXCETO PARA AZATIOPRINA 50MG.**

Para Ciclofosfamida E Azatioprina

- Cópia de Laudo de RX de tórax
- Cópia de prova tuberculínica ou IGRA

Para Imunoglobulina Humana 5g inj (FR)

- Cópia do exame de dosagem sérica de imunoglobulina A

Para Ciclofosfamida e Danazol:

- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

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 e Adequação



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

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 triglicérides

() Cópia do laudo da Ultrassonografia Abdominal (**anualmente**).

Para Ciclofosfamida e Danazol:

() Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

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.



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

5. Observações:

A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**;

Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente;

Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017 e PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 41, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2026 que aprova O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - **Trombocitopenia Imune Primária**.

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

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

Apresentar a cópia do exame de B-HCG sérico do mês vigente para mulheres em idade fértil. 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**