

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

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: Raquitismo e Osteomalácia

CID 10: E55.0, E55.9, E64.3, E83.3, M83.0, M83.1, M83.2, M83.3, M83.8

**1. Medicamentos**

Calcitriol 0,25 mcg (por cápsula)	Burosumabe 20 mg/ml solução injetável
Burosumabe 10 mg/ml solução injetável	Burosumabe 30 mg/ml solução injetável

**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**, detalhado a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

**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**, detalhado a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

**2.3 Exames Obrigatórios****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) Cópia da dosagem de Cálcio sérico
- ( ) Cópia do exame de avaliação de glicose e proteínas na urina
- ( ) Cópia do exame de Clearance de Creatinina
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT/TGP
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST/TGO
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Cálcio urinário
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- ( ) Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Fósforo urinário
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica
- ( ) Cópia do exame de potássio
- ( ) Cópia do exame de vitamina D
- ( ) Cópia do exame gasometria venosa
- ( ) Cópia do exame pH e densidade urinários



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

( ) Cópia do laudo Radiológico

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto 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 de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº 02, de 11 de janeiro de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Raquitismo e Osteomalácia**.

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

#### **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.**