



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: 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 Disponíveis:

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

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**

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: |
|---|
| (<input type="checkbox"/>) Cópia da dosagem de Cálcio sérico |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de avaliação de glicose e proteínas na urina |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de Clearance de Creatinina |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT/TGP |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST/TGO |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Cálcio urinário |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Fósforo urinário |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH) |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de potássio |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de vitamina D |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame gasometria venosa |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame pH e densidade urinários |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do laudo Radiológico |
| (<input type="checkbox"/>) Cálculo da taxa de reabsorção tubular de fósforo (TRP), para diagnóstico das formas de raquitismo ou osteomalácia secundárias à perda renal de fósforo |
| (<input type="checkbox"/>) Cálculo da taxa máxima de reabsorção de fosfato corrigida pela taxa de filtração glomerular (TmP/GFR), em casos de raquitismo hipofosfatêmico. |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia da análise histomorfométrica óssea, com marcação por tetraciclina |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do teste genético: sequenciamento do gene PHEX ou painel genético para raquitismo, que engloba uma série de genes associados a diferentes causas de raquitismo, incluindo o gene PHEX. |
| Para Renovação: |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Cálcio urinário |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Fósforo urinário |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH) |
| (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D |
| 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. |



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 correspondente à patologia** 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 Nº 02, de 11 de janeiro de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Raquitismo e Osteomalácia**.

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.

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**