

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

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

PCDT: RETOCOLITE ULCERATIVA

1. Medicamentos

Azatioprina 50 mg (por comprimido);
Ciclosporina 25 mg (por cápsula);
Ciclosporina 50 mg (por cápsula);
Ciclosporina 100 mg (por cápsula);
Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml);
Mesalazina 1 g + diluente 100 ml (enema);
Mesalazina 1000 mg (por supositório);
Mesalazina 250 mg (por supositório);
Mesalazina 400 mg (por comprimido);
Mesalazina 500 mg (por comprimido);
Mesalazina 500 mg (por supositório);
Mesalazina 800 mg (por comprimido);
Mesalazina 2g (sachê)
Sulfassalazina 500 mg (por comprimido); - CID 10: K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; K52.2
Infliximabe 10 mg/mL Injetável (por frasco ampola com 10 mL); - CID 10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5 e K51.8
Infliximabe (Biossimilar A) 10 mg/mL Injetável (por frasco ampola com 10 mL); - CID 10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5 e K51.8
Tofacitinibe 5mg (por comprimido) - CID 10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5 e K51.8
Vedolizumabe 300mg (solução injetável) **pacientes maiores de 18 anos**; - CID 10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5 e K51.8

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**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

OBS: Para pacientes que inicia o tratamento da **Retocolite Ulcerativa** com **MESALAZINA**, deverá apresentar obrigatoriamente um laudo medico informando a **intolerância ao uso da SULFASSALAZINA** e que tenha apresentado algum efeito adverso grave e qual foi o efeito adverso.

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

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
() 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 . Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença;

2.3 Exames Obrigatórios;

SOLICITAÇÃO INICIAL	
Para todos os medicamentos: () Cópia do exame de Hemograma completo; () Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica. () Cópia da biópsia (anatomopatológico) Para Ciclosporina: () Cópia do exame de Creatinina sérica; () Cópia do exame de Ácido Úrico; () Cópia do exame de Potássio sérico; () Cópia do exame de Magnésio sérico; () Cópia do exame de Lipidograma. Para Tofacitinibe () Cópia do Teste de Mantoux - PPD; () Cópia do exame de Radiografia de tórax.	Para Sulfassalazina e Mesalazina: () Cópia do exame de Creatinina Sérica; () Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU). Para Azatioprina: () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP); () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO); Para Infliximabe e Vedolizumabe: () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP); () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO); () Cópia do Teste de Mantoux - PPD; () Cópia do exame de Radiografia de tórax.
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES e/ou ADEQUAÇÃO	
Para Sulfasalazina e Mesalazina: () Cópia do exame de Hemograma completo; () Cópia do exame de Creatinina sérica; () Sumário de urina = EQU.= EAS Para Infliximabe e Vedolizumabe: () Cópia do exame de Hemograma completo () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP); () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);	Para Azatioprina: () Cópia do exame de Hemograma completo; () Cópia do exame de dosagem de ALT (TGP); () Cópia do exame de dosagem de AST (TGO); Para Ciclosporina: () Cópia do exame de Hemograma completo; () Cópia do exame de Creatinina sérica; () Cópia do exame de Ácido Úrico; () Cópia do exame de Potássio sérico; () Cópia do exame de Magnésio sérico; () Cópia do exame de Lipidograma.

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.
--

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

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 pelas Portarias de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta SAES/SECTICS Nº 9, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento **da Retocolite Ulcerativa**.

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.