

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: Síndrome de ovários policísticos

CID-10: E25.0 | E28.0|E28.2 | L68.0

1. Medicamentos Disponíveis:

- Ciproterona 50 mg (comprimido)

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

2.1 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;**
- () Laudo Médico, com descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente;
- () **Anexo I**

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 :

- () Cópia do exame de Beta HCG - Pacientes do sexo feminino em **idade fértil**.
- () Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total
- () Cópia do exame de dosagem de glicose após sobrecarga de 75g de glicose
- () Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum
- () Cópia do exame de dosagem de HDL (Colesterol)
- () Cópia do exame de dosagem de Prolactina sérica
- () Cópia do exame de dosagem de Sulfato de deidroepiandrotestoterona (DHEA-S)
- () Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos
- () Cópia do exame de dosagem de TSH
- () Cópia do exame de dosagem de 17-hidroxiprogesterona basal
- () Cópia do exame de Testosterona total
- () Cópia do laudo de Ultrassonografia da pelve

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:

- () Beta HCG - Pacientes do sexo feminino em **idade fértil**

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na especialidade de **Ginecologia e/ou Endocrinologia**, regularizados 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:

5.1. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil**;

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

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

5.4. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 6, de 2 de julho de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome de Ovários Policísticos**;

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

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**