

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

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

PCDT: SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS

CID 10: N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8 e N04.9

1. Medicamentos

Ciclofosfamida 50 mg, (por drágea)
Ciclosporina 25 mg, (por cápsula)
Ciclosporina 50 mg, (por cápsula)
Ciclosporina 100 mg, (por cápsula)
Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral (frasco de 50 ml) **(Não atende o CID N04.9)**

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 deseja 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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
() **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

2.3 Exames:

SOLICITAÇÃO INICIAL

PARA TODOS OS MEDICAMENTOS

- () Laudo de Biópsia renal;
() Proteinúria de 24 horas;
() Triglicerídeos;
() Colesterol Total;
() Colesterol HDL;
() Colesterol LDL.
() Creatinina sérica;
() Glicemia

Para Ciclofosfamida:

- () BHCG sérico para mulheres em idade fértil;
() Hemograma completo com contagem de plaquetas.
() ALT/TGO;
() AST/TGP.

Para Ciclosporina (alem dos citados acima +):

- () Clearance de creatinina.

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.

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

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
☐ Dosagem de creatinina sérica ☐ Proteinúria de 24 horas ☐ Albumina ☐ Sumário de Urina = EQU = EAS ☐ Hemograma completo ☐ Dosagem de Glicose ☐ Colesterol total e frações ☐ Triglicerídeos	Para Ciclofosfamida, apresentar também: ☐ TGO ☐ TGP ☐ Beta HCG sérico para mulheres em idade fértil;
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.	

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, Cartão Nacional de Saúde 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 Conjunta nº 8 SAES/SCTIE, de 14 de abril de 2020 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome Nefrótica Primária em Adultos**.

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.