

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 Nefrótica primária em adultos

CID-10: N04.0 | N04.1 | N04.2 | N04.3 | N04.4 | N04.5 | N04.6 | N04.7 | N04.8 | N04.9

1. Medicamentos Disponíveis:

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

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):

SOLICITAÇÃO INICIAL	
<p>PARA TODOS OS MEDICAMENTOS</p> <p>() Laudo de Biópsia renal () Hemograma com plaquetas () Proteinúria de 24 horas () Albumina sérica (dosagem de proteínas totais e frações) () Triglicerídeos () Colesterol Total () Colesterol HDL () Colesterol LDL () Creatinina sérica () Glicemia () anti HIV () anti-HCV () anti-HbsAg () anti-HBc total () Sorologia para Sífilis () Fator antinuclear (FAN) com dosagem de complemento (C3 e C4)</p>	<p>Para Ciclofosfamida:</p> <p>() O exame Beta HCG deve ser apresentado para pacientes do sexo feminino em idade fértil (9 a 49 anos). () Hemograma completo com contagem de plaquetas () ALT/TGO () AST/TGP</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>() Clearance de creatinina.</p>
<p>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.</p>	
PARA ADEQUAÇÃO E RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
<p>() Dosagem de creatinina sérica () Proteinúria de 24 horas () Albumina () Sumário de Urina = EQU = EAS () Hemograma completo com plaquetas () Dosagem de Glicose e Hemoglobina glicada () Colesterol total e frações () Triglicerídeos</p>	<p>Para Ciclofosfamida, apresentar também:</p> <p>() TGO () TGP () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)</p>
<p>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.</p>	

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade em **Nefrologia** e estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).



Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

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 Conjunta nº 8 SAES/SCTIE, de 14 de abril de 2020 aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome Nefrótica Primária em Adultos**;

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

5.5. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos) – **mensalmente**.
PARA: CICLOFOSFAMIDA.

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**