



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: Sobrecarga de Ferro

CID-10: E83.1 | T45.4

1. Medicamentos Disponíveis:

- Desferroxamina 500 mg injetável (por frasco-ampola)
- Deferiprona 500 mg (por comprimido)
- Deferasirox 125 mg, 250mg e 500mg (por 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

2.2 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, com o diagnóstico de hemocromatose hereditária, podendo incluir a apresentação de hipotensão sintomática com intolerância a flebotomia; ou impossibilidade de acesso venoso para realização de flebotomia

Para pacientes com sobrecarga de ferro secundária será obrigatório a apresentação do relatório médico contendo:

a) Indicação de transfusões sanguíneas regulares (mais de 6 transfusões/ano);

b) Diagnóstico sobrecarga crônica de ferro devido a transfusões de sangue (hemossiderose transfusional);

c) Descrição de contraindicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização para o uso de desferroxamina.

() **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**



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

Para pacientes com sobrecarga de ferro secundária será obrigatório a apresentação do relatório médico contendo a indicação de transfusões sanguíneas regulares (mais de 6 transfusões/ano).

Para Adequação e /ou Renovação (a cada seis meses):

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receituário médico com posologia para 1 mês de tratamento;
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios.

2.3. Exames Obrigatórios (Cópia):

Para Solicitação Inicial:

Para Deferasirox:

- Cópia do exame de Hemograma completo.
- Cópia do exame de dosagem de ferritina sérica
- Cópia do exame de anti-HCV
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)
- Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada
- Cópia do exame de HBsAg
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)
- Cópia do laudo de Ressonância Magnética por T2
- Cópia do exame de Clearance de Creatinina
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)
- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)
- Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro)
- Cópia do laudo de Biópsia hepática
- Cópia do laudo de Eletrocardiograma

Para Deferiprona:

- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro)
- Cópia do laudo de Biópsia hepática
- Cópia do laudo de Eletrocardiograma
- Cópia do laudo de Ressonância Magnética por T2
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)
- Cópia do exame de Hemograma completo

Para Desferroxamina:

- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela Sim creatinina sérica)
- Cópia do laudo de avaliação da Acuidade Visual
- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)



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

- Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro)
- Cópia do laudo de Biópsia hepática
- Cópia do laudo de Eletrocardiograma
- Cópia do laudo de Ressonância Magnética por T2

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 Adequação e/ou renovação:

Para todos os medicamentos:

- Creatinina
- AST (TGO);
- ALT (TGP);
- GGT - Gama-glutamil transferase ;
- Fosfatase alcalina;
- Bilirrubina;
- Ferritina sérica;

Para Desferroxamina:

- Avaliação das acuidades visual (**anualmente**).

Para Deferiprona:

- Hemograma completo
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)

Para Deferasirox:

- Proteinúria
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **especialidade correspondente à patologia**, 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. A resposta à Solicitação será emitida em **até 20 (vinte) dias úteis;**

5.2. 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;

5.3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 7, de 23 de fevereiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Sobrecarga de Ferro;**

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: DEFERIPRONA e DEFERASIROX.**

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**