



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 todos os medicamentos:

Apresenta cópia do exame de ferritina sérica **OU** biópsia hepática **OU** ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro.

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**
- () 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 exame de Clearance de Creatinina

Para Deferiprona:

- () Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**
- () 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 Hemograma completo

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.



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

Para Adequação e/ou renovação:	
<p>Para todos os medicamentos:</p> <p>() Creatinina () AST (TGO); () ALT (TGP); () GGT - Gama-glutamil transferase ; () Fosfatase alcalina; () Bilirrubinas; () Ferritina sérica;</p>	<p>Para Desferroxamina: () Avaliação das acuidades visual (anualmente).</p> <p>Para Deferiprona: () Hemograma completo () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p> <p>Para Deferasirox: () Proteinúria () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p>

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 - 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**