

**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:** Uveítes não infecciosas

**CID-10:** H15.0 | H20.1 | H30.1 | H30.2 | H30.8

**1. Medicamentos Disponíveis:**

- Adalimumabe 40 mg injetável (ser. preenchida)
- Azatioprina 50 mg (por comprimido)
- Ciclosporina 25 mg, 50mg e 100mg (por cápsula)
- Ciclosporina 100 mg/ml sol.oral (frasco 50 ml)

**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;
- ( ) Receituário médico 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):

<b>Solicitação Inicial:</b>
<b>Para todos os medicamentos:</b>  <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Biomicroscopia de segmento anterior <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em <b>idade fértil</b>  <b>Para Adalimumabe:</b>  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux(PPD) <input type="checkbox"/> Radiografia de tórax
O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou interromper o tratamento.
Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo avaliador.

<b>Para Adequação e/ou Renovação:</b>	
<b>Para Adalimumabe e Azatioprina:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em <b>idade fértil</b>	<b>Para Ciclosporina:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Uréia <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Sódio <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Potássio <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ácido úrico <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Triglicerídeos <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol total <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol HDL <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em <b>idade fértil</b>

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na especialidade correspondente à patologia e estejam regularizadas no <b>CNES</b> (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;
- Prescrição médica de acordo com 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 (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 13, de 11 de setembro de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das **Uveítes não Infecciosas;**

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: ADALIMUMABE, AZATIOPRINA E CICLOSPORINA.**

**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**