SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DA PARAÍBA

Farmácia Especlalizada da Paraíba

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/(83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos

(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Artrite Reativa
CID-10: M02.1 | M02.3 | M03.2 | M03.6

1. Medicamentos Disponíveis:

- Naproxeno 250mg e 500mg (comprimido)
- Sulfassalazina 500 mg, (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 da Farmácia Especializada da Paraíba; **( ) Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento; **( ) Laudo médico.** Descrição clínica dos sinais e sintoma e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção; **( )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. • **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento.

- **Descrição clinica detalhada**, contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Para Solicitação Inicial:
( ) Cópia do exame de VHS - Velocidade de Hemossedimentação; ( ) Cópia do exame de PCR - Proteína C Reativa ( ) Cópia do exame de Hemograma ( ) Cópia do exame de creatinina ( ) Cópia do exame de AST/ TGO ( ) Cópia do exame de ALT/TGP ( ) Cópia do exame de análise de urina **Sulfassalazina:** ( ) Cópia do exame de Beta HCG (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.
*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.
Renovação a cada seis meses:
( ) Cópia do exame de Hemograma ( ) Cópia do exame de creatinina ( ) Cópia do exame de AST/ TGO ( ) Cópia do exame de ALT/TGP ( ) Cópia do exame de análise de urina **Sulfassalazina:** ( ) Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil);

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **especialidade de Reumatologia,** regularizadas 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

TELEFONE: (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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 15/08/2013 e Portaria Conjunta Nº 06, DE 22 DE ABRIL DE 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Artrite Reativa.**

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

5.5. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil. PARA: SULFASSALAZINA.**

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**