



**TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**

## **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

(Última revisão: 05/05/2025)

**PCDT: DIABETE MELITO TIPO 2**

**CID 10:** E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

\*Com doença cardiovascular estabelecida de acordo com anexo disponível na Portaria SCTIE/MS Nº 54, de 11 de novembro de 2020

### **1. Medicamentos**

DAPAGLIFLOZINA 10 MG (POR COMPRIMIDO) - IDADE MÍNIMA 40 ANOS

### **2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**

#### **2.1 Documentos pessoais**

- ✓ Carteira de Identidade – RG;
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- ✓ Comprovante de Residência com CEP;
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

#### **2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico**

##### **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, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
- ( ) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

##### **RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

- ( ) 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, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

#### **2.3 Exames Obrigatórios**

##### **SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);

##### **Apresentar ao menos DOIS dos exames solicitados abaixo:**

- ( ) Cópia do exame de dosagem de GH após sobrecarga de glicose
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum em duas ocasiões, com curto intervalo de tempo (por exemplo, uma a duas semanas)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Glicose (sem necessidade de jejum)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina glicada.

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.



**TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** sendo o médico **Endocrinologista ou Médico de Saúde da Família**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

### 5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (trinta) dias úteis;
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;
3. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria SCTIE/MS Nº 54, de 11 de novembro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 2.

### **Atenção a validade dos exames!!!**

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.**