

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.