

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: Diabetes Mellito Tipo 1

CID 10: E10.0; E10.1; E10.2; E10.3; E10.4; E10.5; E10.6; E10.7; E10.8; E10.9

1. Medicamentos

Insulina análoga de ação rápida 100 UI/ML tubete Grupo 1.A
Insulina análoga de ação prolongada 100 UI/ML tubete Grupo 1.A

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 deseje 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;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- () **Laudo Médico, relatando tratamento prévio com Insulina NPH e Insulina Regular por um período mínimo de 03 (três) meses, conforme orienta o PCDT de Diabetes Mellito tipo 1.**

2.3. Exames Obrigatórios:**SOLICITAÇÃO INICIAL****Apresentar os exames solicitados abaixo:****Exames laboratoriais;**

- () Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina Glicada (Hb1Ac);
- () Cópia do exame de glicemia em jejum;
- () Cópia do diário de monitoramento glicêmico com medidas demonstrando glicemia em jejum, pré-prandial, pós-prandial e ao deitar.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES e/ou ADEQUAÇÃO NO 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, APENAS PARA ADEQUAÇÃO** descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e justificativa para mudança no tratamento.
- () Cópia do diário de monitoramento glicêmico com medidas demonstrando glicemia em jejum, pré-prandial, pós-prandial e ao deitar.
- () Cópia de exame de dosagem de Hemoglobina Glicada (Hb1Ac);

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

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.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de ENDOCRINOLOGISTA**, 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, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) 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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 17 de 12 de novembro de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Diabete Melito Tipo 1**.

Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

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.