



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

**Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos**  
(Última revisão: 01/05/2026)PCDT: Diabetes Insípido  
CID 10: E23.2**1. Medicamentos**

- Desmopressina 0,1 mg/ml aplicação nasal (frasco de 2,5 ml)
- Desmopressina 0,1 mg e 0,2mg (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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

**Renovação e Adequação**

- 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

**2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):****Solicitação Inicial:**

- ( ) Cópia do exame com Volume Urinário em 24 horas;
- ( ) Cópia do exame de Osmolaridade urinária antes da administração da desmopressina;
- ( ) Cópia do exame de Osmolaridade urinária depois da administração da desmopressina.



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

\* Os exames **FACULTATIVOS** poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

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.

### Para Renovação e Adequação

( ) Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Endocrinologia ou Nefrologia**, 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
- 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 02, de 10 de janeiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Diabete Insípido**.

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

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



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

**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**