

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: Doença de Alzheimer

CID 10: G30.0, G30.1, G30.8, F00.0, F00.1, F00.2

1. Medicamentos

- Donepezila 5mg e 10mg (comprimido)
- Galantamina 8 mg, 16mg, 24mg (cápsula de liberação prolongada)
- Memantina 10 mg (por cápsula de liberação prolongada)
- Rivastigmina 1,5 mg, 3mg, 4,5mg, 6mg (cápsula)
- Rivastigmina 2,0 mg/ml solução oral (frasco de 120 ml)
- Rivastigmina 9 mg e 18mg (adesivo transdérmico)

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 e Adequação:

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Receita de Controle Especial**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, (Descrição clínica dos sinais e sintomas e se paciente possui outras doenças concomitantes);
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.
- () **MEEM** - Avaliação Clínica- Mini exame do estado mental;
- () **CDR** - Avaliação Clínica - Escala de CDR (Estadiamento Clínico das Demências).

Renovação (a cada seis meses):

- **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

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

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial e Adequação do medicamento
☐ Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Computadorizada do encéfalo; ☐ Cópia do exame de dosagem de Hemograma com plaquetas; ☐ Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico; ☐ Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico; ☐ Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum; ☐ Cópia do exame de dosagem de TSH; ☐ Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 ; ☐ Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica ; ☐ Cópia do exame de dosagem de Ácido Fólico (folato); ☐ Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico; ☐ Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL); ☐ Cópia do exame de dosagem de TGO; ☐ Cópia do exame de dosagem de TGP.
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 (a cada seis meses):
☐ MEEM - Avaliação Clínica- Mini exame do estado mental; ☐ CDR - Avaliação Clínica - Escala de CDR (Estadiamento Clínico das Demências)
Para Galantamina: ☐ Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica ; ☐ Cópia do exame de dosagem de TGO; ☐ Cópia do exame de dosagem de TGP.

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade de Geriatria, Psiquiatria e/ou Neurologia , 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

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 30/07/2013 e Portaria Conjunta MS nº. 13, de 28 de novembro de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Alzheimer**.

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

1. 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**



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