



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS (Última revisão: 31/07/2024)

**PCDT: DOENÇA DE PAGET**  
**CID 10: M88.0, M88.8**

### 1. Medicamentos

Ácido Zoledrônico 5 mg/100 mL solução injetável;  
Calcitonina 200 UI spray nasal (por frasco);  
Risedronato 35 mg (por comprimido).

### 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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
- ( ) **Termos de Esclarecimento e Responsabilidade**

Para **Ácido zoledrônico**;

- ( ) **Relato médico** com contraindicação aos bisfosfonatos orais em função de dismotilidade esofágica ou impossibilidade de manter-se ortostase após ingestão dos comprimidos -

##### RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- ( ) **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;
- ( ) **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente.

### 2.3. Exames Obrigatórios

##### SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

Para **Ácido zoledrônico e Risedronato**:

- ( ) Cópia da dosagem de Cálcio sérico;
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH);
- ( ) Cópia do laudo Radiológico.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

**Para Calcitonina:**

- ( ) Cópia da dosagem de Cálcio sérico;
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH);
- ( ) Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);
- ( ) Cópia do laudo Radiológico

O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

**3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** sendo o médico **especialista correspondente à patologia**, regularizados 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 2, de 17 de janeiro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Paget**.

**Atenção a validade dos exames!!!**

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**  
**TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691**