

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos
(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Epilepsia Refratária

CID-10: G40.0I G40.1I G40.2 I G40.3 I G40.4 I G40.5I G40.6 I G40.7 I G40.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- Clobazam 10 mg e 20 mg (comprimido)
- Etossuximida 50 mg/ml (frasco de 120ml)
- Gabapentina 300 mg e 400mg (cápsula)
- Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg(comprimido)
- Levetiracetam 250 mg, 500mg e 750mg (comprimido)
- Levetiracetam 100mg/ml solução oral
- Primidona 100 mg (comprimido)
- Topiramato 25 mg, 50mg e 100mg (comprimido)
- Vigabatrina 500 mg (por 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
- () Receituário médico com posologia para 1 mês de tratamento
- () Descrição com , histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epiléticas. (Relatório médico com descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento, sinais e sintomas clínicos e se possui outras doenças graves).
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

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

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:

- () Cópia do diário de registro de crises.
- () Cópia do laudo do Eletroencefalograma (EEG)

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 Adequação e/ou Renovação (a cada seis meses):

- () Cópia do exame de hemograma completo, com contagem de plaquetas
- () Cópia do exame da Função Hepática (aminotransferases/transaminases - ALT/TGP e AST/TGO)
- () Cópia do exame de eletrólitos: sódio e potássio
- () Cópia do exame de colesterol total e frações e triglicerídeos
- () Cópia do exame de vitamina D
- () Cópia do exame de função tireoidiana: TSH e T4 livre
- () Cópia do diário de registro de crises

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na especialidade **Neurologia/ Neurocirurgia** e estejam 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

Contato: (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 pela Portaria de Consolidação nº 06 de 28/09/2017 e Portaria Conjunta nº. 17, de 21 de junho de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de **Epilepsia Refratária**.

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

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**