

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: Esclerose Lateral Amiotrófica
CID-10: G12.2

1. Medicamentos Disponíveis:

- Riluzol 50mg(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 clínica detalhada dos sinais, sintomas e progressão da doença descrito por médico especialista em Neurologia**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

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

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

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:
() Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica; () Cópia do exame de dosagem de Ureia Sérica; () Cópia do exame de dosagem de ALT(TGP); () Cópia do exame de dosagem de AST(TGO); () Cópia do exame de dosagem de Tempo de Protrombina (TP); () Cópia do exame de Hemograma completo; () Cópia do exame de dosagem de B-HCG Sérico para mulheres em idade fértil () Cópia do laudo de Ressonância Magnética de encéfalo e junção crânio cervical; () Cópia do laudo de Eletroencefalografia () Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa () Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
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 dosagem de ALT(TGP) () Cópia do exame de dosagem de AST(TGO) () Cópia do exame de Hemograma completo com contagem de plaquetas () Cópia do exame de dosagem de B-HCG Sérico para mulheres em idade fértil
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.
*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 que atendem na especialidade Neurologista 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 a 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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta nº. 13, de 13 de agosto de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de **Esclerose Lateral Amiotrófica**.

5.4. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente, sendo o exame do mês vigente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil**.

5.5. 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**