

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 Múltipla
CID-10: G35

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50mg (comprimido)
- Alentuzumabe 10mg/ml (solução injetável)
- Betainterferona 1a 6.000.000 UI (22 mcg) injetável (solução injetável)
- Betainterferona 1a 6.000.000 UI (30 mcg) injet. (frasco ampola ou solução injetável)
- Betainterferona 1a 12.000.000 UI (44 mcg) injetável (solução injetável)
- Betainterferona 1b 9.600.000 UI (300 mcg) injetável (frasco ampola)
- Cladribina 10mg (comprimido)
- Fingolimode 0,5mg (cápsula)
- Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg (comprimido)
- Glatiramer 20mg e 40mg (frasco ampola ou solução injetável)
- Natalizumabe 300mg (frasco ampola)
- Teriflunomida 14mg 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

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

- ☐ Relato médico descrevendo os sinais e sintomas, evolução e atividade da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes
- ☐ Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale)
- ☐ **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

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

- ☐ Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- ☐ Cópia de exame de prova tuberculínica ou IGRA
- ☐ Cópia de laudo de radiografia simples de tórax
- ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em **idade fértil**)
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- ☐ Cópia do exame de Ressonância magnética do crânio e da coluna cervical;
- ☐ Cópia do exame de Hemograma com plaquetas
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total
- ☐ Cópia do exame de líquido

Para Betainterferonas e Glatiramer:

- ☐ Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- ☐ Cópia do exame de Hemograma com plaquetas
- ☐ Cópia do laudo de Ressonância magnética
- ☐ Cópia do exame de líquido

Para Natalizumabe, Fumarato de Dimetila, Azatioprina :

- ☐ Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- ☐ Cópia de exame de prova tuberculínica ou IGRA
- ☐ Cópia de laudo de radiografia simples de tórax
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- ☐ Cópia do exame de Ressonância magnética do crânio e da coluna cervical;
- ☐ Cópia do exame de Hemograma com plaquetas
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total
- ☐ Cópia do exame de líquido

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

Para Fingolimode:

- () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)
- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- () Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total
- () Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- () Cópia do exame de Hemograma com plaquetas
- () Cópia do laudo de Ressonância magnética
- () Cópia do exame de líquido
- () Cópia da avaliação oftalmológica para pacientes com diabetes melito ou com histórico de uveíte

Para Cladribina :

- () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em **idade fértil**)
- () Cópia do exame de sorologia para Hepatite C
- () Cópia do exame de depuração da creatinina sérica
- () Cópia do exame de radiografia simples de tórax
- () Cópia do exame de prova tuberculosa ou IGRA
- () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)
- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- () Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total
- () Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- () Cópia do exame de Hemograma com plaquetas
- () Cópia do exame de sorologia para hepatites B e C
- () Cópia do exame de sorologia para HIV
- () Cópia do laudo de Ressonância magnética
- () Cópia do exame de líquido

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)

Para todos os medicamentos:

- () Hemograma Completo;
- () AST (TGO)
- () ALT (TGP)
- () T4 livre

Para Betainterferonas e Glatirâmer:

A cada 12 meses:

- () Ressonância magnética do crânio.

Para Natalizumabe:

A cada 06 meses:

- () Sorologia para o vírus JC.

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

A cada 12 meses:

- () VDRL;
- () Sorologia para HIV;
- () Ressonância magnética do crânio.

Para Fumarato de Dimetila:

A cada 03 meses:

- () Sumário de Urina.

A cada 12 meses:

- () VDRL;
- () Sorologia para HIV;
- () Sumário de Urina.
- () Ressonância magnética do crânio.

Para Fingolimode:

A cada 03 meses:

- () Bilirrubinas totais e frações
- () Parecer do Oftalmologista.

A cada 12 meses:

- () Vitamina B12;
- () VDRL;
- () Sorologia para HIV
- () Ressonância magnética do crânio.

Para Teriflunomida:

A cada 03 meses:

- () Bilirrubinas totais e frações.

A cada 12 meses:

- () Bilirrubinas totais e frações.
- () Ressonância magnética do crânio.

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).

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

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 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

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

5.5. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil. Para: TERIFLUNOMIDA e a CLADRIBINA.**

5.6. **Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira. PARA: Alentuzumabe, Glatirâmer, Betainterferonas e Natalizumabe.**

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**