SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DA PARAÍBA

Farmácia Especializada da Paraíba

## 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:** Hepatite Autoimune
**CID-10:** K75.4

1. **Medicamentos Disponíveis:**

- Azatioprina 50 mg (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 |
| ( ) Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento |
| ( ) **Escore Revisado para Diagnóstico de Hepatite Autoimune – ERDHAI (ANEXO)** |
| ( ) **Laudo Médico**, relato médico informando detalhadamente os sinais e sintomas com descrição do escore ERDHAI descritos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde |
| ( ) **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<br>• Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento<br>• Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios |

**2.3 Exames Obrigatórios (cópia):**

| **Para Solicitação inicial:** |
|---|
| (  ) Cópia do exame de Beta-HCG para mulheres em **idade fértil**<br>(  )Cópia do exame de dosagem ALT (glutâmico pirúvica - TGP)<br>(  )Cópia do exame de dosagem AST (glutâmico oxalacética - TGO)<br>(  )Cópia do exame anti-HBc IgM;<br>(  )Cópia do exame de anti-HCV;<br>(  )Cópia do exame anti-HAV IgM;<br>(  )Cópia do exame de anticorpos contra o vírus Epstein-Barr;<br>(  )Cópia do exame de anticorpos contra o Citomegalovírus;<br>(  )Cópia do laudo de Biópsia hepática;<br>(  )Cópia do exame de HbsAg.<br>(  )Cópia do exame de Anticorpo anti-músculo liso (AML);<br>(  )Cópia do exame de anti-LKM1;<br>(  )Cópia do exame de anti-Mitocôndria;<br>(  )Cópia do exame de anti-SLA/LP;<br>(  )Cópia do exame anti-HAV IgM;<br>(  )Cópia do exame de gamaglobulina sérica;<br>(  )Cópia do exame antígeno HLA DR3;<br>(  ) Cópia do exame antígeno HLA DR4;<br>(  )Cópia do exame antígeno HLA DR13;<br>(  )Cópia do exame de anti-ASGPR<br>(  )Cópia do exame de anti-LC1;<br>(  )Cópia do exame de anti-sulfatídeo;<br>(  )Cópia do exame de anticorpos anti-neutrófilos padrão perinuclear;<br>(  )Cópia do exame de HCV-RNA (Qualitativo);<br>(  )Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN);<br>(  )Cópia do exame de Fosfatase alcalina;<br>(  )Cópia do exame de Imunoglobulina G – IgG. |
| **PARA ADEQUAÇÃO E/OU RENOVAÇÃO (a cada seis meses)** |
| (  ) Hemograma completo com plaquetas;<br>(  ) AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);<br>(  ) ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica -TGP).<br>(  ) Fosfatase Alcalina;<br>(  ) GGT – Gama- glutamil Transferase.<br>(  ) Cópia do exame de Beta-HCG 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. |

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

**3. Serviços de Referência:**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **especialidade que atendam a patologia,** 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
- Receita médica de acordo com a 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 dias úteis.**

5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar 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 Portaria Conjunta Nº 14, de 9 de maio de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Hepatite Autoimune.**

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

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

**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**