



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
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

2.3 Exames Obrigatórios (cópia):

Para Solicitação inicial:

- ()Cópia do exame de dosagem ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- ()Cópia do exame de dosagem AST (glutâmico oxalacética - TGO)
- ()Cópia do exame anti-HBc IgM;
- ()Cópia do exame de anti-HCV;
- ()Cópia do exame anti-HAV IgM;
- ()Cópia do exame de anticorpos contra o vírus Epstein-Barr;
- ()Cópia do exame de anticorpos contra o Citomegalovírus;
- ()Cópia do laudo de Biópsia hepática;
- ()Cópia do exame de HbsAg.
- ()Cópia do exame de Anticorpo anti-músculo liso (AML);
- ()Cópia do exame de anti-LKM1;
- ()Cópia do exame de anti-Mitocôndria;
- ()Cópia do exame de anti-SLA/LP;
- ()Cópia do exame anti-HAV IgM;
- ()Cópia do exame de gamaglobulina sérica;
- ()Cópia do exame antígeno HLA DR3;
- ()Cópia do exame antígeno HLA DR4;
- ()Cópia do exame antígeno HLA DR13;
- ()Cópia do exame de anti-ASGPR
- ()Cópia do exame de anti-LC1;
- ()Cópia do exame de anti-sulfatídeo;
- ()Cópia do exame de anticorpos anti-neutrófilos padrão perinuclear;
- ()Cópia do exame de HCV-RNA (Qualitativo);
- ()Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN);
- ()Cópia do exame de Fosfatase alcalina;
- ()Cópia do exame de Imunoglobulina G - IgG.

PARA ADEQUAÇÃO E/OU RENOVAÇÃO (a cada seis meses)

- () Hemograma completo com plaquetas;
- () AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- () ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica -TGP).
- () Fosfatase Alcalina;
- () GGT - Gama- glutamil Transferase

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**.

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**