

**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:** Hiperplasia adrenal congênita

**CID-10:** E25.0

**1. Medicamentos Disponíveis:**

- Fludrocortisona 0,1mg (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
- ( ) Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios
- ( ) **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):

<b>Para Solicitação inicial:</b>
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Aldosterona sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Renina plasmática <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de 17-hidroxiprogesterona após estímulo com ACTH <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de 17-hidroxiprogesterona basal
<b>Para Adequação e/ou Renovação a cada 6 meses:</b>
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de Renina <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Sódio <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Potássio
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 <b>SUS</b> ou da <b>Rede Privada</b> que atendem na <b>especialidade que atendam a patologia</b> , 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:
<ul style="list-style-type: none"><li>● Documento de identificação com foto</li><li>● Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.</li><li>● Cartão do usuário</li></ul>

### 5. Observações:

5.1. A resposta à solicitação será emitida em <b>até 20 dias úteis</b> .
5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente.

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

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e SAS/MS nº. 16, de 15 de janeiro de 2010 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de **Hiperplasia Adrenal Congênita**.

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**