

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: Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos

CID-10: D80.0 | D80.1 | D80.3 | D80.5 | D80.6 | D80.7 | D80.8 | D83.0 | D83.2 | D83.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- Imunoglobulina humana 5 g - injetável frasco-ampola

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
- () Anexo: Laudo padrão
- () Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e descrição de ocorrência de infecções de repetição típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos
- () **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):

Para Solicitação inicial:
☐ Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
☐ Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica
☐ Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)
☐ Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
☐ Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina A - IgA
☐ Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina G - IgG
☐ Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina M - IgM
☐ Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica
☐ Cópia do exame de Hemograma completo
☐ Cópia do exame de anticorpos contra difteria
☐ Cópia do exame de anticorpos contra pneumococo
☐ Cópia do exame de anticorpos contra rubéola
☐ Cópia do exame de anticorpos contra sarampo
☐ Cópia do exame de anticorpos contra tétano
☐ Cópia do exame de anti-HBS Cópia do exame de dosagem de Isoaglutinina anti-A
☐ Cópia do exame de dosagem de Isoaglutinina anti-B
Para Adequação e/ou Renovação (a cada 6 meses):
☐ Hemograma completo;
☐ Dosagem de Creatinina sérica;
☐ Dosagem de Ureia sérica;
☐ Dosagem - ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
☐ Dosagem - AST (glutâmico oxalacética - TGO);
☐ Tempo de Protrombina
☐ Sumário de Urina
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 atendam na **Especialidade em Imunologista e Geneticista** 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

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

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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e SCTIE/MS nº. 495 de 09/2007 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos**.

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

5.5. **Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira. PARA: IMUNOGLOBULINA.**

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**