

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 31/07/2024)**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**

Imunoglobulina humana 5 g - injetável frasco-ampola.

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais;**

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- Laudo Médico**, Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e descrição de ocorrência de infecções de repetição típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos
- Anexo: Laudo padrão**
- 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;
- Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- Laudo Médico**, Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

**2.3. Exames Obrigatórios:****SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

- Hemograma completo;
- Dosagem de Imunoglobulina A – IgA;
- Dosagem de Imunoglobulina G – IgG;
- Dosagem de Imunoglobulina M – IgM;
- Dosagem de Creatinina sérica;
- Dosagem de Uréia sérica;
- Dosagem - ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
- Dosagem - AST (glutâmico oxaloacética - TGO);
- Dosagem de Albumina sérica.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Hematologia, Imunologista, Geneticista ou Neurologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

### 5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
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;
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**.

## Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses**.

Exames de imagem: **validade de 1 ano**.

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias**.

Exames Genéticos: **sem validade**.

**LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.**

**SE POR ALGUM MOTIVO NÃO USAR O MEDICAMENTO, DEVOLVA AO NÚCLEO DE GESTÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.**