

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: Imunossupressão no transplante hepático

CID-10: Z94.4I T86.4

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50mg (comprimido)
- Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg (cápsula)
- Ciclosporina 100mg/ml sol. oral (frasco)
- Everolimo 0,5mg e 0,75mg e 1mg (comprimido)
- Metilprednisolona 500 mg pó liof inj (amp)
- Micofenolato de mofetila 500mg (comprimido)
- Micofenolato de sódio 180mg e 360mg (comprimido)
- Tacrolimo 1mg e 5mg (cápsula)
- Sirolimo 1mg e 2mg (drágeas)

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 médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os tratamentos prévios já realizados. Para pacientes com idade inferior a 18 anos, esse documento é obrigatório. () 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 de cortisol sérico.
- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)
- () Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Direta
- () Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Indireta
- () Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total
- () Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica
- () Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- () Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)
- () Cópia do laudo de Biópsia hepática

Para o Micofenolato de sódio e de mofetila:

- () Cópia do Beta HCG para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos) - **apresentar mensalmente**

O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo 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 Hepatologista/Serviços Especializados em transplante hepático**, 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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 20, de 24 de novembro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Insuficiência Adrenal**.

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

5.5. Apresentar cópia do Beta HCG para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos) - **apresentar mensalmente, sendo o exame do mês vigente**.

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**