



**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) - **APENAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS**

### **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):**

<b>Solicitação Inicial:</b>
( ) <b>LME</b> - 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. <b>Para pacientes com idade inferior a 18 anos, esse documento é obrigatório.</b>
( ) 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:**

**Casos de rejeição:**

( ) Cópia do laudo de Biópsia hepática

**Para Ciclosporina, Micofenolato de Sódio e de Mofetila:**

( )Cópia do Beta HCG para mulheres em idade fértil - 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.

**Para Renovação/Adequação**

**Para todos os medicamentos:**

- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo com contagem de plaquetas
- ( ) Cópia do exame da glicose em jejum ou HbA1c
- ( ) Cópia do exame de TGO/AST
- ( ) Cópia do exame de TGP/ ALT
- ( ) Cópia do exame de GGT
- ( ) Cópia do exame de bilirrubinas (total, direta e indireta)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- ( ) Cópia do exame de dosagem da ureia
- ( ) Cópia do exame de colesterol (total, HDL, LDL, VLDL e triglicerídeos)
- ( ) Cópia do sumário de urina

**Ciclosporina:**

( ) Cópia do exame de nível sérico de **Ciclosporina**  
( ) Cópia do Beta HCG para mulheres em **idade fértil - apresentar mensalmente**

**Tacrolimo:**

( ) Cópia do exame de nível sérico de **Tacrolimo**

**Micofenolato de Mofetila e Micofenolato de sódio:**

( ) Cópia da dosagem dos níveis plasmáticos do ácido micofenólico (MPA)  
( ) Cópia do Beta HCG para mulheres em **idade fértil - apresentar mensalmente**

**Everolimo:**

( ) Cópia do exame de nível sérico de **Everolimo**

**OBS1: Os exames laboratoriais solicitados para RENOVAÇÃO/ADEQUAÇÃO são a critério médico. Porém, caso o paciente tenha esses exames, solicite-os para avaliar no sistema e anexar as cópias no processo.**

**OBS2: O exame de BETA HCG para mulheres em idade fértil NÃO é facultativo!**



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

**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

**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 - **apresentar mensalmente, sendo o exame do mês vigente**. PARA: **CICLOSPORINA, MICOFENOLATO DE SÓDIO E DE MOFETILA**.

**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**