



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: Insuficiência Pancreática Exócrina

CID-10: K86.0 | K86.1 | K90.3

1. Medicamentos Disponíveis:

- Pancreatina 10.000UI e 25.000 UI (cápsula).

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
- () **ANEXO** - CRITÉRIO DE INCLUSÃO
- () **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: |
|---|
| <p>() Esteatorreia (com pesquisa qualitativa de gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III) OU () Dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas superior a 6 g/dia, associada a pelo menos um dos critérios abaixo:</p> <p>O exame acima deve estar associado a pelo menos um dos exames a seguir, para confirmação do quadro clínico:</p> <p>() Radiografia simples de abdômen () Ultrassonografia abdominal () Tomografia computadorizada de abdômen () Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada () Ressonância magnética das vias biliares () Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total</p> |
| <p>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.</p> |
| <p>*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p> |

| Para renovação: |
|--|
| <p>() Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total () Cópia do exame de dosagem de HDL () Cópia do exame de dosagem de LDL () Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos</p> |

3. Serviços de Referência:

| |
|---|
| <p>Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na Especialidade correspondente à patologia, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</p> |
|---|

4. Para receber os medicamentos:

| |
|---|
| <p>O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 Nº 112, de 4 de fevereiro de 2016 que aprova o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Insuficiência Pancreática Exócrina**.

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**