

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: Lúpus Eritematoso Sistêmico

CID-10: M32.1 | M32.8 | L93.0 | L93.1

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50 mg (comprimido)
- Ciclofosfamida 50 mg (drágea)
- Ciclosporina 25 mg, 50mg e 100mg (cápsula)
- Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral
- Danazol 100 mg e 200mg (cápsula)
- Hidroxicloroquina 400 mg (comprimido)
- Metotrexato 2,5 mg (comprimido)
- Metotrexato 25 mg/ml injetável (ampola de 2 ml)
- Micofenolato de mofetila 500mg (comprimido)
- Talidomida 100mg (comprimido)

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
- () Laudo Médico, contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Euler/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios

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

- ☐ Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios
- ☐ **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**
- ☐ Anexo - Classificação pela American College of Rheumatology (ACR)
- ☐ Escore SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)

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
- Laudo Médico, contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios

2.3 Exames Obrigatórios:**Para Solicitação inicial:****Para Hidroxicloroquina:**

- ☐ Cópia do Hemograma completo
- ☐ Cópia do exame de dosagem de TGP
- ☐ Cópia do exame de dosagem de TGO

- ☐ Cópia do exame VDRL,
- ☐ Cópia do exame anti-HBsAg
- ☐ Cópia do exame anti-HCV
- ☐ Cópia do exame anti-HIV;

Para Azatioprina:

- ☐ Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax
- ☐ Cópia do Hemograma completo
- ☐ Cópia do exame VDRL,
- ☐ Cópia do exame anti-HBsAg
- ☐ Cópia do exame anti-HCV
- ☐ Cópia do exame anti-HIV;

Para Ciclosporina:

- ☐ Cópia do Hemograma completo
- ☐ Cópia do exame VDRL,
- ☐ Cópia do exame anti-HBsAg
- ☐ Cópia do exame anti-HCV
- ☐ Cópia do exame anti-HIV;
- ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica;
- ☐ Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax.
- ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

Para Ciclofosfamida:

- ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**
- ☐ Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- ☐ Cópia do Hemograma completo
- ☐ Cópia do exame VDRL,

Para Talidomida

- ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**
- ☐ Cópia do exame de dosagem de TGP
- ☐ Cópia do exame de dosagem de TGO
- ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica;
- ☐ Cópia do exame de Uréia sérica;
- ☐ Cópia do exame de Fosfatase alcalina
- ☐ Cópia do Hemograma completo
- ☐ Cópia do exame anti-HBsAg
- ☐ Cópia do exame anti-HCV
- ☐ Cópia do exame anti-HIV;

Para Metotrexato

- ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**
- ☐ Cópia do exame de dosagem de TGP
- ☐ Cópia do exame de dosagem de TGO
- ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica;
- ☐ Cópia do exame de Uréia sérica;
- ☐ Cópia do exame de Fosfatase alcalina
- ☐ Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- ☐ Cópia do Hemograma completo



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

<input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HBsAg <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HCV <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HIV; Para Danazol <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil ; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de TGP <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de TGO <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica <input type="checkbox"/> Cópia do Hemograma completo <input type="checkbox"/> Cópia do exame VDRL, <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HBsAg <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HCV <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HIV;	<input type="checkbox"/> Cópia do exame VDRL, <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HBsAg <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HCV <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HIV; Para Micofenolato de Mofetila <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil ; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de TGP <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de TGO <input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA <input type="checkbox"/> Cópia do Hemograma completo <input type="checkbox"/> Cópia do exame VDRL, <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HBsAg <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HCV <input type="checkbox"/> Cópia do exame anti-HIV;
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 Adequação e/ou Renovação: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de ALT (glutâmico pirúvica - TGP); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de AST (glutâmico oxalacética - TGO); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de hemograma completo com contagem de plaquetas; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa <input type="checkbox"/> Cópia do Sumário de Urina <input type="checkbox"/> Cópia do Beta HCG deve ser apresentado mensalmente para pacientes do sexo feminino em idade fértil PARA OS MEDICAMENTOS: DANAZOL, CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA, METOTREXATO, MICOFENOLATO DE MOFETILA E TALIDOMIDA.
--

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** sendo o médico **Reumatologista**, regularizados 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 Conjunta nº 21, de 1 de novembro de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Lúpus Eritematoso Sistêmico**;

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

5.5. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil**
PARA OS MEDICAMENTOS: DANAZOL, CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA, METOTREXATO, MICOFENOLATO DE MOFETILA E TALIDOMIDA.

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**

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



Farmácia
Especializada da Paraíba

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