



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 Eular/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

- () Cópia do exame anti-HBsAg
 () Cópia do exame anti-HCV
 () Cópia do exame anti-HIV;

Para Danazol

- () 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 Hemograma completo
 () Cópia do exame VDRL,
 () Cópia do exame anti-HBsAg
 () Cópia do exame anti-HCV
 () Cópia do exame anti-HIV;

- () Cópia do exame VDRL,
 () Cópia do exame anti-HBsAg
 () Cópia do exame anti-HCV
 () Cópia do exame anti-HIV;

Para Micofenolato de Mofetila

- () 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 teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
 () Cópia do Hemograma completo
 () Cópia do exame VDRL,
 () Cópia do exame anti-HBsAg
 () Cópia do exame anti-HCV
 () 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:

- () Cópia do exame de dosagem de ALT (glutâmico pirúvica - TGP);
 () Cópia do exame de dosagem de AST (glutâmico oxalacética - TGO);
 () Cópia do exame de hemograma completo com contagem de plaquetas;
 () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
 () Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina
 () Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa
 () Cópia do Sumário de Urina

() 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