



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

**Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos**  
(Última revisão: 28/05/2026)

**PCDT:** Mieloma Múltiplo

**CID-10:** C90.0

**Medicamentos Disponíveis:**

- Talidomida 100 mg comprimido

**1. Documentos Necessários:**

**2. 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

**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 e sintomas
- ( ) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
- ( ) Anexo V-A: termo de responsabilidade para mulheres com mais de 55 anos e homens
- ( ) Anexo V-B: termo de responsabilidade para mulheres com até 55 anos
- ( ) Anexo VII: formulário para justificativa de uso do medicamento

**Para Renovação**

- 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
- Notificação de Receita de Talidomida, com posologia para 1(um) mês de tratamento;
- Anexo VIII: relatório de evolução do caso
- Cópia do Beta HCG **mensalmente** para mulheres em idade fértil



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

**Exames Obrigatórios (Cópia):**

**Para solicitação inicial:**

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

Os resultados dos exames garantem 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 atendem na **Especialidade de Hematologia ou Oncologia**, 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:**

A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**;

Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente;

Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº.6, de 28/09/2017 e Portaria Nº 708, de 6 de agosto de 2015 que aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas **do Mieloma Múltiplo**;

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

O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente**, para pacientes do sexo feminino em **idade fértil**.

**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**