

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
(Última revisão: 05/05/2025)PCDT: MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VII  
CID 10: E76.2

## 1. Medicamentos:

ALFAVESTRONIDASE 2 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML

## 2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

## 2.1. Documentos pessoais;

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

## 2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:

**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente.

## 2.3 Exames obrigatórios:

**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) Cópia do exame de atividade de GUSB em fibroblastos, leucócitos ou sangue no papel de filtro.
- ( ) Cópia do exame de quantificação de GAG urinários (por meio de dosagem quantitativa de GAG totais ou cromatografia ou eletroforese de GAG evidenciando aumento de SH e SD).
- ( ) Avaliações indicadas no apêndice 3 do PCDT: peso/altura, pressão arterial/Hepatimetria e medida de tamanho do baço (exame físico).
- ( ) Laudo da avaliação da mobilidade articular (incluindo felxão de ombro).
- ( ) Laudo da avaliação neurológica.
- ( ) Laudo da avaliação oftalmológica (acuidade visual, retina e córnea).

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo 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.

**TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**

### **3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

### **4. Para receber os medicamentos**

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

### **5. Observações:**

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pelas Portaria Conjunta nº. 8, de 21 de maio de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Mucopolissacaridose Tipo VII**.

**LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.**

### **Atenção a validade dos exames!!!**

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente**

Exames Genéticos: **sem validade**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.**



**TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**