

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/Hepatometria 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.**

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA



Farmácia
Especializada da Paraíba

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