

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 31/07/2024)**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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **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.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-067399118-8691

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 CEAF 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**.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

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

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-067399118-8691

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**