

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

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos

(Última revisão: 08/07/2026)

PCDT: Trombocitopenia Imune Primária

CID-10: D69.3

1. Medicamentos Disponíveis:

- Azatioprina 50mg (por comprimido)
- Ciclofosfamida 50mg (por drágea)
- Danazol 100mg e 200mg (por cápsula)
- Eltrombopague 25mg e 50mg (por comprimido)
- Imunoglobulina humana 5,0g injetável (por frasco)

2. Documentos Necessários:

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, sintomas e tratamentos prévios
- () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Renovação e Adequação:

- 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

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

Exames Obrigatórios:

Para Solicitação Inicial:
Para todos os medicamentos: ☐ Cópia do exame de anti-HIV ☐ Cópia do exame de anti-HCV ☐ Cópia do exame de HbsAg ☐ Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas. ☐ Cópia do exame de dosagem de gama GT (GGT) sérico ☐ Cópia do exame de Bilirrubina Total ☐ Cópia do exame de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética -TGO) ☐ Cópia do exame de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica – TGP) Para Ciclofosfamida e Azatioprina ☐ Cópia de Laudo de RX de tórax ☐ Cópia de prova tuberculínica ou IGRA Para Imunoglobulina Humana 5g inj (FR) ☐ Cópia do exame de dosagem sérica de imunoglobulina A Para Ciclofosfamida e Danazol: ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
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 Renovação e Adequação
Para todos os medicamentos: ☐ Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas. Para Azatioprina e Eltrombopague: ☐ Cópia do exame de AST/TGO. ☐ Cópia do exame de ALT/TGP. Para Danazol: ☐ Cópia do exame de AST/TGO. ☐ Cópia do exame de ALT/TGP. ☐ Cópia do exame de fosfatase alcalina. ☐ Cópia do exame de colesterol total. ☐ Cópia do exame de DHL. ☐ Cópia do exame triglicérides ☐ Cópia do laudo da Ultrassonografia Abdominal (anualmente). Para Ciclofosfamida e Danazol: ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

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

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na **especialidade de Hematologia** e estejam 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 pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017 e PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 41, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2026 que aprova O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - **Trombocitopenia Imune Primária**.

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

Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira. PARA: IMUNOGLOBULINA.

Apresentar a cópia do exame de B-HCG sérico do mês vigente para mulheres em idade fértil. PARA: CICLOFOSFAMIDA e DANAZOL.

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**