

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

## **Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos** (Última revisão: 30/07/2025)

**PCDT:** Síndrome Mielodisplásica de baixo risco

**CID-10:** D46.0 | D46.1 | D46.4 | D46.7

### **1. Medicamentos Disponíveis:**

- Alfaepoetina 10.000 UI (solução injetável ou pó para solução injetável)
- Filgrastim 300 mcg (solução injetável)

### **2. Documentos Necessários:**

#### **2.1 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

#### **2.2 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 do paciente, que apresente dados da investigação por anamnese e exame físico, incluindo, por exemplo, relato de características dismórficas (sugerindo falência medular congênita), infecção, hematoma ou sangramentos ativos. Informar tratamentos prévios e resposta obtida, e se outras causas de citopenia foram excluídas.
- ( ) Laudo médico com descrição do escore e estratificação de risco prognóstico de acordo com o Sistema Sim Não Internacional de Escore Prognóstico (IPSS) ou Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (IPSS-R)
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

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

**Para Adequação e/ou Renovação (a cada seis meses):**

- 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

**2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):**

**Para Solicitação Inicial:**

- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo
- ( ) Cópia do laudo de mielograma/medulograma ou de biópsia de medula óssea (avaliação morfológica, estoques de ferro ou avaliação citogenética).

**3. Serviços de Referência:**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **Especialidade de Hematologia**, 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. Observação:**

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

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

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias de Consolidação nº 6, de 28/09/2017 e Portaria nº 1159, de 18/11/2015, **que aprova o protocolo de Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco**;

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



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

**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**