

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 - Anemia refratária

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

1. Medicamentos Disponíveis:

- Talidomida 100 mg (por comprimido) - **Idade mínima 18 anos**

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, sintomas e tratamentos prévios
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**
- () **Anexo V-A:** termo de responsabilidade para mulheres com mais de 55 anos e homens
- () **Anexo V-B:** termo de responsabilidade para mulheres com até 55 anos
- () **Anexo VII:** formulário para justificativa de uso do medicamento
- () **Anexo VIII:** relatório de evolução do caso

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

Para 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
- **Anexo VIII:** relatório de evolução do caso

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Para Solicitação Inicial:

- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**
- () Cópia do exame de Hemograma completo

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:

- () Cópia do exame de Hemograma completo
- () Cópia do exame de Fosfatase alcalina
- () Cópia do exame de TGO
- () Cópia do exame de TGP
- () Beta HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

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

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

- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

5. Observações:

5.1. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil**.

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

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

5.4. 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 tratamento da Síndrome Mielodisplásica**;

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

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**