



**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 Nefrótica primária em crianças e adolescentes

**CID-10:** N04.0 | N04.1 | N04.2 | N04.3 | N04.4 | N04.5 | N04.6 | N04.7 | N04.8

### **1. Medicamentos Disponíveis:**

- Ciclofosfamida 50 mg (drágea)
- Ciclosporina 25 mg, 50mg e 100mg (cápsula)
- Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral (frasco de 50 ml)
- Tacrolimo 1 mg e 5mg (cápsula)

### **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):**

<b>Solicitação Inicial:</b>
<p>( <input type="checkbox"/> ) LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>( <input type="checkbox"/> ) Prescrição médica, com posologia para 1 mês de tratamento;</p> <p>( <input type="checkbox"/> ) Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios;</p> <p>( <input type="checkbox"/> ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</b></p>

<b>Renovação (a cada seis meses):</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>• Prescrição médica, com posologia para 1 mês de tratamento;</li></ul>



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

- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios.

### 2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

<b>Solicitação Inicial:</b>	
<input type="checkbox"/> Biópsia Renal <input type="checkbox"/> Fator anti-nuclear (FAN) <input type="checkbox"/> Proteinúria de 24 horas <input type="checkbox"/> Albumina Sérica <input type="checkbox"/> Colesterol Total <input type="checkbox"/> Triglicerídeos <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HCV <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Creatinina sérica	<b>A BIÓPSIA RENAL</b> está indicada nos seguintes casos: - Pacientes com <b>hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada, ou complemento sérico diminuído</b> . - Pacientes com SNRC, isto é, com ausência de resposta a prednisona oral por 8 semanas ou a prednisona oral por 4 semanas mais pulsoterapia com metilprednisona intravenosa (3 a 6 pulsos em dias alternados). - Pacientes com <b>menos de 1 ano de idade</b> , nos quais predomina a incidência de SN congênita com lesão histopatológica de tipo finlandês e esclerose mesangial difusa; pacientes com esses achados não respondem a nenhuma terapia. - Pacientes com <b>mais de 8 anos</b> , quando a possibilidade de SNLM é menor, podendo-se optar pelo tratamento inicial para avaliar sensibilidade ao corticosteróide ou biópsia-los já inicialmente. <b>Adolescentes</b> devem ser biopsiados precocemente, já que a possibilidade de outro diagnóstico que não SNLM aumenta com a idade.
<b>Para Ciclosfamida:</b>	
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)	
<b>Para Adequação e/ou Renovação (a cada seis meses):</b>	
<input type="checkbox"/> Creatinina sérica <input type="checkbox"/> Glicose <input type="checkbox"/> Albumina Sérica; <input type="checkbox"/> Colesterol Total <input type="checkbox"/> Triglicerídeos <input type="checkbox"/> Hemograma completo <input type="checkbox"/> Sumário de Urina = EQU = EAS <input type="checkbox"/> Proteinúria de 24 horas	
<b>Para Ciclosfamida:</b>	
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)	
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.	

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na especialidade **de Nefrologia** correspondente à patologia e estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).



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

**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:**

5.1. A resposta à Solicitação será emitida em **até 20 (vinte) dias úteis**;

5.2. 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;

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 459, de 21/2012 e Portaria Conjunta SAS/MS nº. 1 de 10 de janeiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes**;

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

**5.5.** Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos) – **mensalmente**.  
**PARA: CICLOFOSFAMIDA.**

**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**