

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)  
**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8  
**Produto:** ABATACEPTE 125 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 1 ML GRUPO 1.A, ABATACEPTE 250 MG PÓ P/  
SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-CCP  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Rx  
Cópia do laudo de Ultrassonografia

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

**Produto:**

### Documentos

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8  
**Produto:** ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B , ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Triglicerídios	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de Densitometria óssea (Facultativo)  
Cópia do exame de dosagem de glicemia em jejum (facultativo)  
Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo  
Radiografias de mãos e punhos (Facultativo)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8  
**Produto:**

**Documentos**

Laudo com avaliação da normalidade da taxa de crescimento após o início do tratamento, para crianças

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ACROMEGALIA  
**CID:** E22.0  
**Produto:** CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A, LANREOTIDA 120 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, LANREOTIDA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, LANREOTIDA 90 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, OCTREOTIDA LAR 30 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, OCTREOTIDA 0,1 MG/ML SOL INJ

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C)	Sim	Sim
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Computadorizada de sela túrcica	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico realizado em serviço especializado em neuroendocrinologia descrevendo os sinais e sintomas e os tratamentos já realizados para acromegalia (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico)	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de GH após sobrecarga de glicose, ou basal sem sobrecarga de glicose para paciente diabético  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de tórax ou de abdômen

#### Documentos

Relato médico realizado em serviço especializado em neuroendocrinologia descrevendo a impossibilidade de dosagem de GH após sobrecarga de glicose, caso o paciente seja diabético

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)  
**CID:** M05.0  
**Produto:** ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-CCP  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Rx  
Cópia do laudo de Ultrassonografia

#### Documentos

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0

**Produto:**

### Documentos

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS  
**CID:** H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8  
**Produto:** ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia de laudo de Biomicroscopia de segmento anterior	Sim	Sim
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Sim
Radiografia de tórax	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de tipagem de imunocomplexos (como o HLA-B27)  
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)  
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)  
Cópia do exame de Hemograma completo  
Cópia do exame de Líquor  
Cópia do laudo de Cintilografia  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Retinografia fluorescente bilateral  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada  
Cópia do laudo de Tonometria (Pressão Intra-Ocular - PIO)  
Cópia do laudo de Ultrassonografia de globo ocular / órbita (monocular)

**RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS  
**CID:** H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8  
**Produto:**

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** Fibrose Cística - Manifestações pulmonares  
**CID:** E84.0, E84.8  
**Produto:** ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor  
Cópia do exame genético para diagnóstico de Fibrose Cística

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO IV A  
**CID:** E76.2  
**Produto:** ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame da atividade da enzima GALNS	Sim	Não
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudos para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Laudos contendo descrição clínica dos sinais e sintomas.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de QS na urina

Cópia do exame genético do gene GALNS

Cópia do laudo Radiológico

Cópia do exame da atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A OU arilsulfatase B OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** HEPATITE C E COINFECÇÕES  
**CID:** B17.1, B18.2  
**Produto:** ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE GAUCHER  
**CID:** E75.2  
**Produto:** ALFATALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia da dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos ou fibroblastos
- Cópia do exame de análise molecular do Gene GBA1
- Cópia do exame de contagem de Plaquetas
- Cópia do exame de Densitometria óssea
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
  
- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)
- Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
- Cópia do exame de dosagem quitotriosidase
- Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
  
- Cópia do exame de Espirometria
- Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE GAUCHER

**CID:** E75.2

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo de Ecocardiograma

Cópia do laudo de Ressonância magnética de abdômen

Cópia do laudo de Ressonância magnética de osso

Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de abdômen

Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen

Cópia do laudo Radiológico

### **Documentos**

Cópia da curva de velocidade de crescimento

Para DG tipo 3, deverá haver descrição de especialista excluindo a presença de manifestações neurológicas devido a outras doenças

Relato médico realizado em Centro de Referência confirmando diagnóstico de Doença de Gaucher para pacientes com atividade normal de beta-glicosidase nos leucócitos ou fibroblastos e sem presença dos genótipos p.N370S/370S, p.N370S/L444P e p.L444P/L444P no exame molecular do GENE GBA

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE GAUCHER  
**CID:** E75.2  
**Produto:** ALFAVELAGLICERASE 200 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia da dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos ou fibroblastos
- Cópia do exame de análise molecular do Gene GBA1
- Cópia do exame de contagem de Plaquetas
- Cópia do exame de Densitometria óssea
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
  
- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)
- Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
- Cópia do exame de dosagem quitotriosidase
- Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
  
- Cópia do exame de Espirometria
- Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE GAUCHER

**CID:** E75.2

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo de Ecocardiograma

Cópia do laudo de Ressonância magnética de abdômen

Cópia do laudo de Ressonância magnética de osso

Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de abdômen

Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen

Cópia do laudo Radiológico

### **Documentos**

Cópia da curva de velocidade de crescimento

Para DG tipo 3, deverá haver descrição de especialista excluindo a presença de manifestações neurológicas devido a outras doenças

Relato médico realizado em Centro de Referência confirmando diagnóstico de Doença de Gaucher para pacientes com atividade normal de beta-glicosidase nos leucócitos ou fibroblastos e sem presença dos genótipos p.N370S/370S, p.N370S/L444P e p.L444P/L444P no exame molecular do GENE GBA

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR V2

**CID:** I27.0, I27.2, I27.8

**Produto:** AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B , AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito	Sim	Sim
Cópia de laudo do teste de caminhada de 6 minutos	Sim	Sim
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico descrevendo: evolução clínica do paciente; classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013); descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS e medicamentos em uso e os já utilizados.	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame anti-HBc total

Cópia do exame de anti-DNA

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de anti-HIV (facultativo)

Cópia do exame de Fator Reumatóide

Cópia do exame de HBsAg (Facultativo)

Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR V2

**CID:** I27.0, I27.2, I27.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

Cópia do exame parasitológico de fezes

Cópia do laudo da ecocardiografia transtorácica

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** Anemia Aplástica Adquirida  
**CID:** D61.1, D61.2, D61.3, D61.8  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12	Sim	Sim
Cópia do exame de mielograma	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica do(s) medicamento(s) utilizado(s) pelo paciente nos últimos 30 dias, e se paciente possui outra(s) doença(s) concomitante(s) a anemia aplástica	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** Anemia aplástica constitucional

**CID:** D61.0

**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

#### **Documentos**

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

#### **Nova Solicitação Adequação**

Sim Sim

Sim Sim

Sim Não

Sim Não

Sim Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE  
**CID:** D59.0, D59.1  
**Produto:** CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 ,  
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2  
, CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 , IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do teste de Coombs direto (TCD)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de contagem de Reticulócitos  
Cópia do exame de dosagem de Desidrogenase láctica (DHL)  
Cópia do exame de dosagem de Haptoglobina  
Cópia do teste de Donath-Landsteiner

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA - REPOSIÇÃO DE FERRO  
**CID:** N18.0, N18.8  
**Produto:** SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
RELATO MÉDICO INFORMANDO SE PACIENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO CONSERVADOR, DIÁLISE PERITONEAL OU HEMODIÁLISE	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)

Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro)

Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)  
**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8  
**Produto:** ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 , ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A, RITUXIMABE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS/RIXYMIO®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-CCP  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo de Ressonância magnética

Cópia do laudo de Rx

Cópia do laudo de Ultrassonografia

### **Documentos**

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ASMA  
**CID:** J45.0, J45.1, J45.8  
**Produto:** BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL GRUPO 2 , BUDESONIDA 200 MCG PÓ INAL OU AER BUCAL (FR DE 100 DOSES) GRUPO 2 , FENOTEROL 100 MCG AER BUCAL (FR DE 200 DOSES) GRUPO 2 , FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG CAP INAL GRUPO 2 , FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 MCG CAP INAL GRUPO 2 , SALMETEROL 50 MCG PÓ INAL OU AER BUCAL (FR DE 60 DOSES) GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado incluindo a frequência, obtidos na anamnese e no exame físico. Informar se paciente realiza tratamento para a asma e há quanto tempo	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de avaliação funcional pulmonar completa (incluindo volume e capacidade pulmonares, difusão pulmonar e curva fluxo-volume)

Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador (apenas a partir dos 5 anos)

Cópia do teste de Hiperresponsividade brônquica

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** MIASTENIA GRAVIS  
**CID:** G70.0  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

- Cópia do exame de Anticorpo anti-receptor de Acetilcolina (anticorpo antímúsculo estriado)
- Cópia do exame de anti-MuSK (anticorpo anti-receptor de acetilcolina)
- Cópia do laudo Eletroneuromiografia e/ou Eletroneuromiografia de fibra única

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA  
**CID:** D69.3  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HIV	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Laudo clínico realizado em serviço de hematologia dos sinais e sintomas acerca da presença de outras patologias concomitantes	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)

Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)

Cópia do Laudo de Biopsia e aspirado de medula óssea sempre que houver suspeita de neoplasias ou mielodisplasia como causa de plaquetopenia, assim como quando houver anemia ou leucopenia associadas à plaquetopenia

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** RETOCOLITE ULCERATIVA  
**CID:** K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS  
**CID:** H30.1, H30.2, H30.8  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia de laudo de Biomicroscopia de segmento anterior	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de tipagem de imunocomplexos (como o HLA-B27)  
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)  
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)  
Cópia do exame de Líquor  
Cópia do laudo de Cintilografia  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Retinografia fluorescente bilateral  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada  
Cópia do laudo de Tonometria (Pressão Intra-Ocular - PIO)  
Cópia do laudo de Ultrassonografia de globo ocular / órbita (monocular)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESCLEROSE MULTIPLA  
**CID:** G35  
**Produto:** BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30MCG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC OU CAN PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)	Sim	Não
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Não
Cópia do exame de Líquor	Sim	Não
Cópia do laudo de Ressonância magnética	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Relato médico descrevendo os sinais, sintomas, evolução da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale)	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo  
Cópia do exame de dosagem de TSH

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESCLEROSE MULTIPLA  
**CID:** G35  
**Produto:** BETAINTERFERONA 1A 12.000.000UI (44MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A,  
BETAINTERFERONA 1B 9.600.000UI (300MG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)	Sim	Não
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Não
Cópia do exame de Líquor	Sim	Não
Cópia do laudo de Ressonância magnética	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Relato médico descrevendo os sinais, sintomas, evolução da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale)	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo  
Cópia do exame de dosagem de TSH

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR V2  
**CID:** I27.0, I27.2, I27.8  
**Produto:** BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito	Sim	Sim
Cópia de laudo do teste de caminhada de 6 minutos	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico descrevendo: evolução clínica do paciente; classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013); descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS e medicamentos em uso e os já utilizados.	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame anti-HBc total

Cópia do exame de anti-DNA

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de anti-HIV (facultativo)

Cópia do exame de Fator Reumatóide

Cópia do exame de HBsAg (Facultativo)

Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR V2

**CID:** I27.0, I27.2, I27.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame parasitológico de fezes

Cópia do laudo da ecocardiografia transtorácica

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ACROMEGALIA  
**CID:** E22.0  
**Produto:** CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C)	Sim	Sim
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Computadorizada de sela túrcica	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico realizado em serviço especializado em neuroendocrinologia descrevendo os sinais e sintomas e os tratamentos já realizados para acromegalia (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico)	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de GH após sobrecarga de glicose, ou basal sem sobrecarga de glicose para paciente diabético  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de tórax ou de abdômen

#### Documentos

Relato médico realizado em serviço especializado em neuroendocrinologia descrevendo a impossibilidade de dosagem de GH após sobrecarga de glicose, caso o paciente seja diabético

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HIPERPROLACTINEMIA  
**CID:** E22.1  
**Produto:** CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Macroprolactina	Sim	Não
Cópia do exame de prolactina no soro	Sim	Não
Cópia do laudo de tomografia computadorizada OU ressonância magnética de hipófise	Sim	Não
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Relato médico contendo descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia da Dosagem do Hormônio Tireoestimulante - TSH
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica (facultativo)
- Cópia do exame de prolactina em soro diluído

#### Documentos

Relato realizado por psiquiatra informando sobre a impossibilidade de suspender ou substituir o tratamento com neuroléptico ou antidepressivo por outro medicamento

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** Raquitismo e Osteomalácia  
**CID:** E55.0, E55.9, E64.3, E83.3, M83.0, M83.1, M83.2, M83.3, M83.8  
**Produto:** CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Cálcio urinário	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Fósforo urinário	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D	Sim	Sim
Cópia do laudo Radiológico	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina  
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)  
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)  
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica  
Cópia do exame de dosagem de Creatinina urinária  
Cópia do exame de dosagem de Pressão parcial de CO<sub>2</sub> (Gasometria)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** Raquitismo e Osteomalácia

**CID:** E55.0, E55.9, E64.3, E83.3, M83.0, M83.1, M83.2, M83.3, M83.8

**Produto:**

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO  
**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8  
**Produto:** CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-cardiolipina IgG  
Cópia do exame de anti-cardiolipina IgM  
Cópia do exame de anti-DNA  
Cópia do exame de anti-FTA Abs  
Cópia do exame de anti-HCV  
Cópia do exame de anti-HIV  
Cópia do exame de anti-La/SSB  
Cópia do exame de anti-Ro/SSA  
Cópia do exame de anti-Sm  
Cópia do exame de HBsAg (Facultativo)  
Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo  
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

Cópia do laudo de Rx de tórax

Cópia do teste de Mantoux

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO  
**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-cardiolipina IgG  
Cópia do exame de anti-cardiolipina IgM  
Cópia do exame de anti-DNA  
Cópia do exame de anti-FTA Abs  
Cópia do exame de anti-La/SSB  
Cópia do exame de anti-Ro/SSA  
Cópia do exame de anti-Sm  
Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo  
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)  
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** MIASTENIA GRAVIS  
**CID:** G70.0  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de Anticorpo anti-receptor de Acetilcolina (anticorpo antimúsculo estriado)

Cópia do exame de anti-MuSK (anticorpo anti-receptor de acetilcolina)

Cópia do laudo Eletroneuromiografia e/ou Eletroneuromiografia de fibra única

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia do exame das sorologias para hepatite B (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para HIV (Facultativo)
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo
- Cópia do exame de dosagem de ácido úrico (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total e Frações (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de colesterol total e frações (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de magnésio sérico (Facultativo)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** PSORÍASE

**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame de dosagem de potássio sérico (Facultativo)

Cópia do exame de dosagem de sódio sérico (Facultativo)

Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos (Facultativo)

Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica (facultativo)

Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) (Facultativo)

Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU) (Facultativo)

Radiografia de tórax (Facultativo)

### **Documentos**

Laudo com avaliação da normalidade da taxa de crescimento após o início do tratamento, para crianças

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** RETOCOLITE ULCERATIVA  
**CID:** K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Ácido úrico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Magnésio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do exame de Lipidograma	Sim	Sim
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Documentos

Descrição clínica detalhada da monitorização da pressão arterial antes do tratamento em pelo menos duas ocasiões

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS  
**CID:** H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia de laudo de Biomicroscopia de segmento anterior	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia de tipagem de imunocomplexos (como o HLA-B27)
- Cópia do exame de dosagem de Ácido úrico
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)
- Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total e Frações
- Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações
- Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- Cópia do exame de dosagem de Magnésio sérico
- Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico
- Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico
- Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos (Facultativo)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS

**CID:** H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame de Hemograma completo

Cópia do exame de Líquor

Cópia do laudo de Cintilografia

Cópia do laudo de Ressonância magnética

Cópia do laudo de Retinografia fluorescente bilateral

Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada

Cópia do laudo de Tonometria (Pressão Intra-Ocular - PIO)

Cópia do laudo de Ultrassonografia de globo ocular / órbita (monocular)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS  
**CID:** I20.0, I20.1, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4,  
**Produto:** I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.8, I24.9  
CLOPIDOGREL 75 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE PARKINSON  
**CID:** G20  
**Produto:** CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia do exame de Hemograma completo

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESQUIZOFRENIA  
**CID:** F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8  
**Produto:** CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Documentos

Cópia da folha de resposta da escala BPR-S

Resultado da avaliação de hematologista para paciente com citopenia com indicação de início de tratamento com clozapina

Resultado de parecer de neurologista sobre o início de tratamento com clozapina para os pacientes com convulsões ou retardo mental, em caso de epilepsia procedendo o diagnóstico de esquizofrenia

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO 1  
**CID:** F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7  
**Produto:** CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui doença mieloproliferativa ou faz uso de agentes mielossuppressores, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, doenças hepática ou cardíaca grave, epilepsia não controlada ou história de agranulocitose/granulocitopenia ou miocardite com clozapina	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Documentos

Avaliação realizada por hematologista para paciente com leucócitos abaixo de 3.550/mm<sup>3</sup> ou neutrófilos abaixo de 2.000/mm<sup>3</sup> ou plaquetas inferior a 100.000/mm<sup>3</sup>

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** Colangite Biliar Primária  
**CID:** K74.3  
**Produto:** ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG COMP GRUPO 1.B

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Avaliação não-invasiva por imagem do fígado e da árvore biliar (Ultrassonografia OU Tomografia Computadorizada OU Ressonância Magnética OU Colangiressonância OU Colangiopancreatografia retrógrada por via endoscópica)

Cópia de exame de contagem das enzimas colestáticas

Cópia de exame de pesquisa de anticorpos antimitocondriais (AAM) ou anticorpo antinúcleo (AAN)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** HEPATITE C E COINFECÇÕES

**CID:** B17.1, B18.2

**Produto:** DACLATASVIR 30 MG COMP REV GRUPO 1.A, DACLATASVIR 60 MG COMP REV GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

#### **Documentos**

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

#### **Nova Solicitação Adequação**

Sim Sim

Prescrição médica devidamente preenchida

Sim Sim

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Sim Não

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Sim Não

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Sim Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ENDOMETRIOSE  
**CID:** N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8  
**Produto:** DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B , DANAZOL 200 MG CAP GRUPO 1.B

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do laudo de laparoscopia/laparotomia seguindo a classificação revisada da ASRM ou cópia de laudo de anatomopatológico de biópsia peritoneal	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica dos sinais e sintoma e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO  
**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8  
**Produto:** DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-cardiolipina IgG  
Cópia do exame de anti-cardiolipina IgM  
Cópia do exame de anti-DNA  
Cópia do exame de anti-FTA Abs  
Cópia do exame de anti-La/SSB  
Cópia do exame de anti-Ro/SSA  
Cópia do exame de anti-Sm  
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** SOBRECARGA DE FERRO  
**CID:** E83.1, T45.4  
**Produto:** DEFERASIROX 125 MG COMP GRUPO 1.A, DEFERASIROX 250 MG COMP GRUPO 1.A,  
DEFERASIROX 500 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de Clearance de Creatinina  
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)  
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)  
Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica  
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)  
Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro)  
Cópia do laudo de Biópsia hepática  
Cópia do laudo de Eletrocardiograma

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** SOBRECARGA DE FERRO

**CID:** E83.1, T45.4

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo de Ressonância Magnética por T2

### **Documentos**

Para pacientes com sobrecarga de ferro secundária será obrigatório a apresentação do relato médico contendo:

a) Indicação de transfusões sanguíneas regulares (mais de 6 transfusões/ano); b) Diagnóstico sobrecarga crônica de ferro devido a transfusões de sangue (hemossiderose transfusional); c) Descrição de contraindicação intolância ou dificuldades de operacionalização para o uso de desferroxamina

Relato médico com o diagnóstico de hemocromatose hereditária, podendo incluir a apresentação de hipotensão sintomática com intolância a flebotomia; ou impossibilidade de acesso venoso para realização de flebotomia

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** SOBRECARGA DE FERRO  
**CID:** E83.1, T45.4  
**Produto:** DEFERIPRONA 500 MG COMP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro)
- Cópia do laudo de Biópsia hepática
- Cópia do laudo de Eletrocardiograma
- Cópia do laudo de Ressonância Magnética por T2

#### Documentos

Para pacientes com sobrecarga de ferro secundária será obrigatório a apresentação do relato médico contendo:  
a) Indicação de transfusões sanguíneas regulares (mais de 6 transfusões/ano); b) Diagnóstico de talassemia maior; c) Descrição de contraindicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização para o uso de desferroxamina

Relato médico com o diagnóstico de hemocromatose hereditária, podendo incluir a apresentação de hipotensão sintomática com intolerância a flebotomia; ou impossibilidade de acesso venoso para realização de flebotomia

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** SOBRECARGA DE FERRO  
**CID:** E83.1, T45.4  
**Produto:** DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)	Sim	Sim
Cópia do laudo de avaliação da Acuidade Visual	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)
- Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro)
- Cópia do laudo de Biópsia hepática
- Cópia do laudo de Eletrocardiograma
- Cópia do laudo de Ressonância Magnética por T2

#### Documentos

- Para pacientes com sobrecarga de ferro secundária será obrigatório a apresentação do relato médico contendo a indicação de transfusões sanguíneas regulares (mais de 6 transfusões/ano)
- Relato médico com o diagnóstico de hemocromatose hereditária, podendo incluir a apresentação de hipotensão sintomática com intolerância a flebotomia; ou impossibilidade de acesso venoso para realização de flebotomia

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DIABETE INSÍPIDO  
**CID:** E23.2  
**Produto:** DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML SOL OU SPRAY NAS (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de Osmolaridade urinária antes da administração da desmopressina	Sim	Sim
Cópia do exame de Osmolaridade urinária depois da administração da desmopressina	Sim	Sim

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia do exame com Volume Urinário em 24 horas

Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico antes da administração da desmopressina

Cópia do exame de Osmolalidade plasmática antes da administração da desmopressina

Cópia do laudo de Ressonância magnética da região hipotalâmica-hipofisária

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DIABETES MELITO TIPO 1  
**CID:** E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9  
**Produto:** INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE 3 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Prescrição médica com o nome da tecnologia e diagnóstico de diabetes melito tipo 1 (CID-10 E100 a E109)	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Dosagem de glicose aleatória > 200mg/dL; OU dosagem de glicose de jejum 8 horas > 126mg/dL em duas ocasiões com curto intervalo de tempo; OU dosagem de HbA1 > 6,5% em duas ocasiões; OU dosagem 2 horas após sobrecarga oral 75g de glicose > 200mg/dL.

Dosagem de peptídeo C

Pesquisa e titulação de pelo menos um dos marcadores de autoimunidade (ICA ou Anticorpo Anti-Ilhota de Langerhans, IAA ou Anticorpo Anti-Insulina ou outros disponíveis)

#### Documentos

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE  
**CID:** E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.5, E78.6, E78.8  
**Produto:** CIPROFIBRATO 100 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Triglicerídios	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de TSH	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total  
Cópia do exame de dosagem de HDL (Colesterol)  
Cópia do exame de dosagem de LDL (Colesterol)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE  
**CID:** E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8  
**Produto:** ATORVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2 , ATORVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2 ,  
FLUVASTATINA 20 MG CAP GRUPO 2 , FLUVASTATINA 40 MG CAP GRUPO 2 , LOVASTATINA 10  
MG COMP GRUPO 2 , LOVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2 , LOVASTATINA 40 MG COMP GRUPO  
2 , PRAVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2 , PRAVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2 ,  
PRAVASTATINA 40 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de TSH	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito; ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham; iii) evidência clínica de doença aterosclerótica; iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS, 1999)	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia da ressonância nuclear de encéfalo  
Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total  
Cópia do exame de dosagem de LDL (Colesterol)  
Cópia do exame de dosagem de Triglicéridios - facultativo  
Cópia do exame de tomografia computadorizada  
Cópia do laudo da cineangiogramia

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE

**CID:** E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo da cintilografia miocárdica

Cópia do laudo da ecocardiografia de estresse

Cópia do laudo da ergometria

Cópia do laudo de arteriografia de carótida

Cópia do laudo de ultrassonografia de carótida

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE ALZHEIMER  
**CID:** F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8  
**Produto:** MEMANTINA, CLORIDRATO 10 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de TSH	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)	Sim	Sim
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do encéfalo	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia da Escala Clínica de Avaliação de Demência (CDR)	Sim	Sim
Cópia do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	Sim	Sim
Cópia do relatório médico com descrição da apresentação da doença, evolução, sintomas neuropsiquiátricos apresentados e medicamentos prescritos com suas respectivas posologias	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE ALZHEIMER  
**CID:** F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8  
**Produto:**

**Exames**

Cópia do exame de HIV em pacientes com menos de 60 anos

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE ALZHEIMER  
**CID:** F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8  
**Produto:** DONEPEZILA 10 MG COMP GRUPO 1.A, DONEPEZILA 5 MG COMP GRUPO 1.A, GALANTAMINA 16 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A, GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A, GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 1.B, RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de TSH	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)	Sim	Sim
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do encéfalo	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia da Escala Clínica de Avaliação de Demência (CDR)	Sim	Sim
Cópia do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	Sim	Sim
Cópia do relatório médico com descrição da apresentação da doença, evolução, sintomas neuropsiquiátricos apresentados e medicamentos prescritos com suas respectivas posologias	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE ALZHEIMER

**CID:** F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8

**Produto:**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

**Exames**

Cópia do exame de HIV em pacientes com menos de 60 anos

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE CROHN  
**CID:** K50.0, K50.1, K50.8  
**Produto:** METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico)	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamento(s) já utilizado(s) pelo paciente para Doença de Crohn e o Índice de Harvey-Bradshaw	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE CROHN  
**CID:** K50.0, K50.1, K50.8  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2 , MESALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2 , MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2 , METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 , SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico)	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamento(s) já utilizado(s) pelo paciente para Doença de Crohn e o Índice de Harvey-Bradshaw	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE CROHN  
**CID:** K50.0, K50.1, K50.8  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2 , MESALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2 , MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2 , METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 , SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico)	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamento(s) já utilizado(s) pelo paciente para Doença de Crohn e o Índice de Harvey-Bradshaw	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE PAGET  
**CID:** M88.0, M88.8  
**Produto:** CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia da dosagem de Cálcio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH)	Sim	Sim
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)	Sim	Sim
Cópia do laudo Radiológico	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)  
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Direta  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Indireta  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total  
Cópia do exame de dosagem de Cálcio iônico sérico  
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico  
Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica  
Cópia do laudo de Biópsia óssea  
Cópia do laudo de Cintilografia óssea  
Cópia do laudo de Ressonância magnética

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE PAGET

**CID:** M88.0, M88.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada

### **Documentos**

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas relacionados a Doença de Paget

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE PAGET  
**CID:** M88.0, M88.8  
**Produto:** RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia da dosagem de Cálcio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH)	Sim	Sim
Cópia do laudo Radiológico	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)  
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Direta  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Indireta  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total  
Cópia do exame de dosagem de Cálcio iônico sérico  
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico  
Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica  
Cópia do laudo de Biópsia óssea  
Cópia do laudo de Cintilografia óssea  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE PAGET

**CID:** M88.0, M88.8

**Produto:**

**Documentos**

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas relacionados a Doença de Paget

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE PARKINSON

**CID:** G20

**Produto:** AMANTADINA 100 MG COMP GRUPO 1.B , BROMOCRIPTINA 2,5 MG COMP GRUPO 1.B ,  
ENTACAPONA 200 MG COMP GRUPO 1.A, PRAMIPEXOL 0,125 MG COMP GRUPO 1.A,  
PRAMIPEXOL 0,25 MG COMP GRUPO 1.A, PRAMIPEXOL 1 MG COMP GRUPO 1.A, RASAGILINA 1  
MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A, SELEGILINA 5 MG COMP GRUPO 1.B , TOLCAPONA 100 MG COMP  
GRUPO 1.B , TRIEXIFENIDIL 5 MG COMP GRUPO 1.B

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

#### **Documentos**

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas

#### **Nova Solicitação Adequação**

Sim Sim

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),  
adequadamente preenchido

Sim Sim

Prescrição médica devidamente preenchida

Sim Sim

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Sim Não

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Sim Não

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Sim Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOR CRÔNICA  
**CID:** R52.1, R52.2  
**Produto:** CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2 , GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2 , GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2 , METADONA 10 MG COMP GRUPO 2 , METADONA 5 MG COMP GRUPO 2 , MORFINA 10 MG COMP GRUPO 2 , MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas, a escala de dor da Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS), a classificação de dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde especificando o grau do tratamento para pacientes com dor nociceptiva ou mista e o score da escala visual analógica de dor (EVA)	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA  
**CID:** J44.0, J44.1, J44.8  
**Produto:** BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL GRUPO 2 , BUDESONIDA 200 MCG PÓ INAL OU AER BUCAL (FR DE 100 DOSES) GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica dos sinais e sintomas respiratórios, o estágio da DPOC, se paciente é tabagista, as doenças concomitantes, e o número de exacerbações moderadas a grave no ano anterior que exijam tratamento com antibiótico e corticosteroide	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA  
**CID:** J44.0, J44.1, J44.8  
**Produto:** FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG CAP INAL GRUPO 2 , FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 MCG CAP INAL GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica dos sinais e sintomas respiratórios, o estágio da DPOC, se paciente é tabagista, as doenças concomitantes, e o número de exacerbações moderadas a grave no ano anterior que exijam tratamento com antibiótico e corticosteroide	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ENDOMETRIOSE  
**CID:** N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8  
**Produto:** GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B , GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B , LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B , LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B , TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B , TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do laudo de laparoscopia/laparotomia seguindo a classificação revisada da ASRM ou cópia de laudo de anatomopatológico de biópsia peritoneal	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relatório médico descrevendo os sinais e sintomas	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA  
**CID:** D68.8, I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5  
**Produto:** ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,4 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Dosagem de B-hCG urinário OU dosagem de B-hGC sérico OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica, no momento da dispensação	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo contendo descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas, tratamentos prévios e histórico familiar ou pessoal de tromboembolismo venoso, síndrome antifosfolípideo e/ou Trombofilia Hereditária	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Ultrassonografia doppler colorido de vasos OU tomografia computadorizada OU ressonância magnética, para pacientes com histórico pessoal de tromboembolismo venoso

#### Documentos

Laudo laboratorial contendo anticoagulante lúpico E anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM, em caso de pacientes com síndrome antifosfolípideo (SAF)

Laudo laboratorial contendo mutação heterozigótica para o fator V de Leiden E mutação heterozigótica para o gene da protrombina E deficiência da proteína C OU da proteína S (livre OU funcional) E presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos, em caso de trombofilia hereditária de baixo risco

Laudo laboratorial contendo mutação homozigótica para o fator V de Leiden E mutação homozigótica para o gene da protrombina E deficiência da antitrombina III E mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas, em caso de trombofilia hereditária de alto risco

Laudo laboratorial informando ausência de mutação da metileno-tetra-hidrofolato redutase (MTHFR)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** EPILEPSIA  
**CID:** G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8  
**Produto:** CLOBAZAM 10 MG COMP GRUPO 2 , CLOBAZAM 20 MG COMP GRUPO 2 , ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML XPE (FR) 120 ML GRUPO 2 , GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2 , GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2 , TOPIRAMATO 100 MG COMP GRUPO 2 , TOPIRAMATO 25 MG COMP GRUPO 2 , TOPIRAMATO 50 MG COMP GRUPO 2 , VIGABATRINA 500 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas: histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epilépticas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Ressonância magnética de encéfalo  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do crânio  
Cópia do laudo do Eletroencefalograma (EEG)

#### Documentos

Cópia do Diário de Registro de Crises  
Cópia do teste psicométrico

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA - ALFAEPOETINA

**CID:** N18.0, N18.8

**Produto:** ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro)	Sim	Sim
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ESCLEROSE MULTIPLA  
**CID:** G35  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , GLATIRAMER 40 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, NATALIZUMABE 300 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)	Sim	Não
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Não
Cópia do exame de Líquor	Sim	Não
Cópia do laudo de Ressonância magnética	Sim	Não

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Relato médico descrevendo os sinais, sintomas, evolução da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale)	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE PSORÍACA  
**CID:** M07.0, M07.2, M07.3  
**Produto:** ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Não
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Não
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Não
Radiografia de tórax	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Não
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de contagem de Plaquetas  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)  
Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea

#### Documentos

Escala Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)  
Escala Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA)  
Escala Leeds Enthesitis Index (LEI)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ARTRITE PSORÍACA

**CID:** M07.0, M07.2, M07.3

**Produto:**

**Documentos**

Escala Minimal Disease Activity (MDA)

Escala Psoriasis Area Severity Index (PASI) conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)  
**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8  
**Produto:** ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-CCP  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Rx  
Cópia do laudo de Ultrassonografia

#### Documentos

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

**Produto:**

### **Documentos**

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESPONDILITE ANCILOSANTE

**CID:** M45

**Produto:** ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Sim
Radiografia de tórax	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Documentos

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8  
**Produto:** ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa	Sim	Sim
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Sim
Radiografia de tórax	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia de exame de urina (EAS) (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite B (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para HIV (Facultativo)
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (Facultativo)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

### **Documentos**

Laudo com avaliação da normalidade da taxa de crescimento após o início do tratamento, para crianças

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HEPATITE C E COINFECÇÕES

**CID:** B17.1, B18.2

**Produto:** FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma)	Sim	Sim

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESCLEROSE MULTIPLA  
**CID:** G35  
**Produto:** FINGOLIMODE 0,5 MG CAP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)	Sim	Não
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Não
Cópia do exame de Líquor	Sim	Não
Cópia do laudo de Ressonância magnética	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Relato médico descrevendo os sinais, sintomas, evolução da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale)	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica (Facultativo)  
Cópia do laudo de Eletrocardiograma

#### Documentos

Cópia da avaliação oftalmológica para pacientes com diabetes melito ou com histórico de uveíte

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** INSUFICIÊNCIA ADRENAL  
**CID:** E27.1, E27.4  
**Produto:** FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de dosagem de Cortisol sérico	Sim	Não

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

**Exames**

Cópia do exame de dosagem de ACTH (Hormônio Adreno-corticotrófico)

Cópia do exame de biópsia da lesão adrenal guiada por tomografia

Cópia do exame de dosagem de Aldosterona sérica

Cópia do exame de dosagem de Cortisol após estímulo ACTH

Cópia do exame de dosagem de Renina plasmática

Cópia do exame de estímulo de cortisol após insulina

Cópia do exame de tomografia computadorizada de abdômen superior

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESCLEROSE MULTIPLA  
**CID:** G35  
**Produto:** FUMARATO DE DIMETILA 120 MG COMP GRUPO 1.A, FUMARATO DE DIMETILA 240 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)	Sim	Não
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Não
Cópia do exame de Líquor	Sim	Não
Cópia do laudo de Ressonância magnética	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Relato médico descrevendo os sinais, sintomas, evolução da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale)	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE ALZHEIMER  
**CID:** F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8  
**Produto:** GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de TSH	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)	Sim	Sim
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do encéfalo	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia da Escala Clínica de Avaliação de Demência (CDR)	Sim	Sim
Cópia do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	Sim	Sim
Cópia do relatório médico com descrição da apresentação da doença, evolução, sintomas neuropsiquiátricos apresentados e medicamentos prescritos com suas respectivas posologias	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE ALZHEIMER  
**CID:** F00.0, F00.1, F00.2, G30.0, G30.1, G30.8  
**Produto:**

**Exames**

Cópia do exame de HIV em pacientes com menos de 60 anos

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI  
**CID:** E76.2  
**Produto:** GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia da enzima arilsulfatase B (ASB)	Sim	Não
Cópia do exame de arilsulfatase A OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de glicosaminoglicanos totais na urina (GAGs) OU cópia do exame de dermatansulfato (DS) OU cópia de exame genético do gene ASB	Sim	Não

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HEPATITE C E COINFECÇÕES  
**CID:** B17.1, B18.2  
**Produto:** GLECAPREVIR + PIBRENTASVIR 100 + 40 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - DEVERÁ SER APRESENTADO NO MOMENTO DA PRIMEIRA DISPENSAÇÃO	Sim	Sim
Cópia do exame de HCV-RNA (exame com validade de até 12 meses anteriores à solicitação do medicamento)	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de Genotipagem do HCV

Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) - no caso de pacientes com DRC em estágio avançado

Cópia do laudo de Biópsia hepática

Cópia do laudo de Elastografia hepática

#### Documentos

Laudo médico e/ou exames comprobatórios (quando aplicável) das condições clínicas associadas a Hepatite C que justificam a escolha da opção terapêutica: i) Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição do score de Child-Pugh; ii) Relato médico descrevendo o esquema terapêutico e tempo de tratamento com DAA, utilizado previamente; iii) Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição de estadiamento da doença hepática por FIB4 ou APRI

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)  
**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8  
**Produto:** GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-CCP  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Rx  
Cópia do laudo de Ultrassonografia

#### Documentos

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

**Produto:**

### Documentos

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESPONDILITE ANCILOSANTE  
**CID:** M45, M46.8  
**Produto:** GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Sim
Radiografia de tórax	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Documentos

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ENDOMETRIOSE  
**CID:** N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8  
**Produto:** GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do laudo de laparoscopia/laparotomia seguindo a classificação revisada da ASRM ou cópia de laudo de anatomopatológico de biópsia peritoneal	Sim	Sim

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relatório médico descrevendo os sinais e sintomas	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LEIOMIOMA DE ÚTERO  
**CID:** D25.0, D25.1, D25.2  
**Produto:** GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do laudo de exame de imagem com diagnóstico de Leiomioma de Útero (laparoscopia, ultrassonografia, histerossonografia, histeroscopia, histerosalpingografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética)	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço de ginecologia e o(s) motivo(s) para a não realização do procedimento cirúrgico curativo	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Densitometria óssea com o valor do T-score

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HEMANGIOMA INFANTIL  
**CID:** D18.0  
**Produto:** ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de laudo Anatomopatológico  
Cópia do laudo da colonoscopia  
Cópia do laudo de Arteriografia  
Cópia do laudo de Endoscopia digestiva  
Cópia do laudo de Fibrobroncoscopia  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada  
Cópia do laudo de Ultrassonografia

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** HEPATITE B E COINFECÇÕES

**CID:** B16.0

**Produto:** ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ENTECAVIR 0,5 MG COMP GRUPO 1.A, LAMIVUDINA 10 MG/ML SOL ORAL (FR) 240 ML GRUPO 1.A, LAMIVUDINA 150 MG COMP GRUPO 1.A, TENOFOVIR 300 MG COMP GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas - Não obrigatório para substituições terapêuticas em virtude do reabastecimento de entecavir	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HEPATITE C E COINFECÇÕES  
**CID:** B17.1, B18.2  
**Produto:** ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, LEDIPASVIR + SOFOSBUVIR 90 + 400 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A, SOFOSBUVIR 400 MG COMP REV GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - DEVERÁ SER APRESENTADO NO MOMENTO DA PRIMEIRA DISPENSAÇÃO	Sim	Sim
Cópia do exame de Genotipagem do HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HCV-RNA (exame com validade de até 12 meses anteriores à solicitação do medicamento)	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Biópsia hepática  
Cópia do laudo de Elastografia hepática

#### Documentos

Laudo médico e/ou exames comprobatórios (quando aplicável) das condições clínicas associadas a Hepatite C que justificam a escolha da opção terapêutica: i) Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição do score de Child-Pugh; ii) Relato médico descrevendo o esquema terapêutico e tempo de tratamento com DAA, utilizado previamente; iii) Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição de estadiamento da doença hepática por FIB4 ou APRI

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO  
**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8  
**Produto:** CLOROQUINA 150 MG COMP GRUPO 2 , HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-cardiolipina IgG  
Cópia do exame de anti-cardiolipina IgM  
Cópia do exame de anti-DNA  
Cópia do exame de anti-FTA Abs  
Cópia do exame de anti-La/SSB  
Cópia do exame de anti-Ro/SSA  
Cópia do exame de anti-Sm  
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo  
Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo  
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)  
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)  
Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)  
Cópia do laudo de Eletrocardiograma

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

**Produto:**

**Documentos**

Cópia do laudo do exame oftalmológico

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA FALCIFORME  
**CID:** D57.0, D57.1, D57.2  
**Produto:** HIDROXIURÉIA 500 MG CAP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina Fetal (Eletroforese de Hemoglobina)	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma)  
Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma)  
Cópia do exame de contagem de Plaquetas  
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos  
Cópia do exame de dosagem de Desidrogenase láctica (DHL)  
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)  
Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas  
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica  
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)  
Cópia do laudo de Ecodoppler transcraniano

#### Documentos

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas clínicos do paciente, elucidando a evolução clínica nos últimos 12 meses

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA FALCIFORME

**CID:** D57.0, D57.1, D57.2

**Produto:**

### **Documentos**

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HIPERPROLACTINEMIA  
**CID:** E22.1  
**Produto:** CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Macroprolactina	Sim	Não
Cópia do exame de prolactina no soro	Sim	Não
Cópia do laudo de tomografia computadorizada OU ressonância magnética de hipófise	Sim	Não
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Relato médico contendo descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia da Dosagem do Hormônio Tireoestimulante - TSH
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica (facultativo)
- Cópia do exame de prolactina em soro diluído

#### Documentos

Relato realizado por psiquiatra informando sobre a impossibilidade de suspender ou substituir o tratamento com neuroléptico ou antidepressivo por outro medicamento

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO II  
**CID:** E76.1  
**Produto:** IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOL INJ (FR) 3 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas com descrição de histórico familiar	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de exame de mutação genética do gene IDS  
Cópia do exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina  
Cópia do exame de iduronato-2-sulfatase em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro

#### Documentos

Descrição do desenvolvimento neuropsicomotor por neurologista

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE GAUCHER  
**CID:** E75.2  
**Produto:** IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia da dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos ou fibroblastos
- Cópia do exame de análise molecular do Gene GBA1
- Cópia do exame de contagem de Plaquetas
- Cópia do exame de Densitometria óssea
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
  
- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)
- Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
- Cópia do exame de dosagem quitotriosidase
- Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
  
- Cópia do exame de Espirometria
- Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE GAUCHER

**CID:** E75.2

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo de Ecocardiograma

Cópia do laudo de Ressonância magnética de abdômen

Cópia do laudo de Ressonância magnética de osso

Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de abdômen

Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen

Cópia do laudo Radiológico

### **Documentos**

Relato médico realizado em Centro de Referência confirmando diagnóstico de Doença de Gaucher para pacientes com atividade normal de beta-glicosidase nos leucócitos ou fibroblastos e sem presença dos genótipos p.N370S/370S, p.N370S/L444P e p.L444P/L444P no exame molecular do GENE GBA

Relato médico sobre contraindicação de Terapia de Reposição Enzimática

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA  
**CID:** D60.0  
**Produto:** IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia de exame de anticorpo anti-B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral no soro por técnica de biologia molecular	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do laudo de Biópsia de medula óssea	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-HCV  
Cópia do exame de anti-HIV  
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de tórax

#### Documentos

Descrição clínica realizada em serviço especializado em hematologia informando: sinais e sintomas; medicamentos atualmente utilizados; outras doenças concomitantes a aplasia pura adquirida crônica da série vermelha; e tratamentos prévios utilizados informando há quanto tempo os mesmos foram suspensos.

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** Doença pelo HIV Resultando em Outras Doenças  
**CID:** B20.0, B20.1, B20.2, B20.3, B20.4, B20.5, B20.6, B20.7, B20.8, B20.9, B22.0, B22.1, B22.2, B22.7, B23.0,  
**Produto:** B23.1, B23.2, B23.8, B24  
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ  
**CID:** G61.0  
**Produto:** IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de Líquor	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica da progressão dos sinais e sintomas e estágio atual da Escala de Incapacidade, relato de doenças existentes e uso de medicamentos, realizado por médico especialista em Neurologia	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia do laudo de Eletroencefalografia

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA  
**CID:** D69.3  
**Produto:** IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HIV	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Laudo clínico realizado em serviço de hematologia dos sinais e sintomas acerca da presença de outras patologias concomitantes	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)

Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)

Cópia do Laudo de Biopsia e aspirado de medula óssea sempre que houver suspeita de neoplasias ou mielodisplasia como causa de plaquetopenia, assim como quando houver anemia ou leucopenia associadas à plaquetopenia

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** SINDROME INFLAMATORIA PEDIATRICA ASSOCIADA A COVID19

**CID:** B34.2

**Produto:** IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

#### **Documentos**

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

**Nova Solicitação** **Adequação**

Sim

Sim

Prescrição médica devidamente preenchida

Sim

Sim

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Sim

Não

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Sim

Não

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Sim

Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** SINDROME INFLAMATORIA PEDIATRICA ASSOCIADA A COVID19

**CID:** B34.2

**Produto:** IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

#### **Documentos**

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

**Nova Solicitação** **Adequação**

Sim

Sim

Prescrição médica devidamente preenchida

Sim

Sim

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Sim

Não

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Sim

Não

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Sim

Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** RETOCOLITE ULCERATIVA  
**CID:** K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8  
**Produto:** INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do laudo da Prova Tuberculínica (reação de Mantoux ou teste tuberculínico)	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** Acne grave  
**CID:** L70.0, L70.1, L70.8  
**Produto:** ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** EPILEPSIA  
**CID:** G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8  
**Produto:** LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2 , LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2 , LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2 , PRIMIDONA 100 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas: histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epilépticas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Documentos**

Cópia do Diário de Registro de Crises

Cópia do teste psicométrico

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO I  
**CID:** E76.0  
**Produto:** LARONIDASE 0,58 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de alfa-L-iduronidase em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia de exame genético para a alfa-L-iduronidase  
Cópia do exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ENDOMETRIOSE  
**CID:** N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8  
**Produto:** LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do laudo de laparoscopia/laparotomia seguindo a classificação revisada da ASRM ou cópia de laudo de anatomopatológico de biópsia peritoneal	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relatório médico descrevendo os sinais e sintomas	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PUBERDADE PRECOCE CENTRAL  
**CID:** E22.8  
**Produto:** LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Avaliação da idade óssea segundo método de Greulich-Peyle (radiografia de mãos e punhos)	Sim	Sim
Cópia da curva de velocidade de crescimento	Sim	Sim
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado por endocrinologista ou pediatra	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de LH após estímulo com GnRH  
Cópia do exame de dosagem de LH (Hormônio Luteinizante) basal sérico  
Cópia do exame de ressonância magnética de Sistema Nervoso Central  
Cópia do laudo de Ultrassonografia de ovário e útero  
Cópia do laudo de Ultrassonografia de pelve

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** EPILEPSIA  
**CID:** G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8  
**Produto:** LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas: histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epilépticas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Ressonância magnética de encéfalo  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do crânio  
Cópia do laudo do Eletroencefalograma (EEG)

#### Documentos

Cópia do Diário de Registro de Crises  
Cópia do teste psicométrico

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** EPILEPSIA  
**CID:** G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8  
**Produto:** LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 100 ML GRUPO 1.A, LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 150 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas: histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epilépticas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Ressonância magnética de encéfalo  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do crânio  
Cópia do laudo do Eletroencefalograma (EEG)

#### Documentos

Cópia do Diário de Registro de Crises  
Cópia do teste psicométrico

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO  
**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-cardiolipina IgG  
Cópia do exame de anti-cardiolipina IgM  
Cópia do exame de anti-DNA  
Cópia do exame de anti-FTA Abs  
Cópia do exame de anti-HCV  
Cópia do exame de anti-HIV  
Cópia do exame de anti-La/SSB  
Cópia do exame de anti-Ro/SSA  
Cópia do exame de anti-Sm  
Cópia do exame de HBsAg (Facultativo)  
Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo  
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

Cópia do laudo de Rx de tórax

Cópia do teste de Mantoux

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO  
**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-cardiolipina IgG  
Cópia do exame de anti-cardiolipina IgM  
Cópia do exame de anti-DNA  
Cópia do exame de anti-FTA Abs  
Cópia do exame de anti-La/SSB  
Cópia do exame de anti-Ro/SSA  
Cópia do exame de anti-Sm  
Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo  
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)  
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO  
**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8  
**Produto:** DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-cardiolipina IgG  
Cópia do exame de anti-cardiolipina IgM  
Cópia do exame de anti-DNA  
Cópia do exame de anti-FTA Abs  
Cópia do exame de anti-La/SSB  
Cópia do exame de anti-Ro/SSA  
Cópia do exame de anti-Sm  
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE CROHN  
**CID:** K50.0, K50.1, K50.8  
**Produto:** MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico)	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamento(s) já utilizado(s) pelo paciente para Doença de Crohn e o Índice de Harvey-Bradshaw	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** RETOCOLITE ULCERATIVA  
**CID:** K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8  
**Produto:** MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)	Sim	Sim
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica	Sim	Sim

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0

**Produto:** METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-CCP

Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa

Cópia do exame de Fator Reumatóide

Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)

Cópia do laudo de Ressonância magnética

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo de Rx

Cópia do laudo de Ultrassonografia

### **Documentos**

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO  
**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8  
**Produto:** METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-cardiolipina IgG  
Cópia do exame de anti-cardiolipina IgM  
Cópia do exame de anti-DNA  
Cópia do exame de anti-FTA Abs  
Cópia do exame de anti-La/SSB  
Cópia do exame de anti-Ro/SSA  
Cópia do exame de anti-Sm  
Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica  
Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**CID:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)

Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8  
**Produto:** METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A, METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia do exame das sorologias para hepatite B (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para HIV (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica (facultativo)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** PSORÍASE

**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) (Facultativo)

Radiografia de tórax (Facultativo)

### **Documentos**

Laudo com avaliação da normalidade da taxa de crescimento após o início do tratamento, para crianças

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL  
**CID:** T86.1, Z94.0  
**Produto:** MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados	Sim	Não
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de exame de pesquisa de anticorpos anti-HLA

Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma)

Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica

Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada

Cópia do laudo de Biópsia renal

Cópia do laudo de ultrassonografia com Doppler colorido da vasculatura do enxerto

#### Documentos

Descrição clínica excluindo nefrotoxicidade crônica por inibidores da calcineurina em caso de rejeição crônica

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL 5Q TIPO I  
**CID:** G12.0  
**Produto:** NUSINERSENA 2,4 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Questionário para avaliação clínica de pacientes com AME 5Q tipo I em uso de nusinersena (Apêndice 2 do PCDT)	Sim	Sim
Situação vacinal de acordo com o calendário vacinal vigente no SUS	Sim	Sim
Termo de ciência do paciente ou de seu responsável legal de que o medicamento será fornecido diretamente ao centro de referência definido	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de identificação de mutação por sequenciamento por amplicon

#### Documentos

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESQUIZOFRENIA  
**CID:** F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8  
**Produto:** OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A, OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A, ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.A, ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Documentos

Cópia da folha de resposta da escala BPR-S

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO 1  
**CID:** F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7  
**Produto:** OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A, OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios realizados	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** OSTEOPOROSE  
**CID:** M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.5, M81.6, M81.8, M82.0, M82.1, M82.8  
**Produto:** CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2 , CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2 , PAMIDRONATO 30 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 2 , RALOXIFENO 60 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Densitometria óssea com o valor do T-score

Cópia do laudo Radiológico

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** FIBROSE CÍSTICA - INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA

**CID:** E84.1, E84.8

**Produto:** PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B , PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia do exame de dosagem da elastase pancreática fecal

Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor

Cópia do exame genético para diagnóstico de Fibrose Cística

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE WILSON  
**CID:** E83.0  
**Produto:** PENICILAMINA 250 MG CAP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição clínica detalhada se paciente possui sintomas psiquiátricos e mutações cromossômicas típicas da doença de Wilson	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de exame genético para análise de mutações cromossômicas

Cópia do exame da concentração Hepática de cobre

Cópia do exame de dosagem de Ceruloplasmina

Cópia do exame de dosagem de Cobre urinário

Cópia do laudo de Biópsia hepática corado com rodanina

Cópia do teste de Coombs direto (TCD)

#### Documentos

Cópia de laudo oftalmológica descrevendo presença de anéis de Kayser-Fleisher na córnea

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** MIASTENIA GRAVIS  
**CID:** G70.0  
**Produto:** PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia do exame de Anticorpo anti-receptor de Acetilcolina (anticorpo antimúsculo estriado)

Cópia do exame de anti-MuSK (anticorpo anti-receptor de acetilcolina)

Cópia do laudo Eletroneuromiografia e/ou Eletroneuromiografia de fibra única

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** FENILCETONÚRIA  
**CID:** E70.0, E70.1  
**Produto:** COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA 1 G PÓ GRUPO 2 , COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA 1 G PÓ GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica OU Cópia do laudo de triagem neonatal por teste do pezinho, com coleta de sangue a partir de 48 horas até o 5º dia do nascimento após exposição à dieta proteica	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica sobre a utilização ou não de dieta pelo paciente anteriormente ao exame de dosagem de fenilalanina	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de análise molecular para mutação da Fenilalanina-hidroxilase (FAH)

Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica (facultativo)

Cópia do exame de dosagem de Tirosina

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8  
**Produto:** ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa	Sim	Sim
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Sim
Radiografia de tórax	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia de exame de urina (EAS) (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite B (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para HIV (Facultativo)
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (facultativo)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

**Produto:**

**Exames**

Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica (Facultativo)

Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (Facultativo)

Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

**Documentos**

Laudo com avaliação da normalidade da taxa de crescimento após o início do tratamento, para crianças

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PUBERDADE PRECOCE CENTRAL  
**CID:** E22.8  
**Produto:** GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B , GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B , LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B , LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B , TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B , TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Avaliação da idade óssea segundo método de Greulich-Peyle (radiografia de mãos e punhos)	Sim	Sim
Cópia da curva de velocidade de crescimento	Sim	Sim
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado por endocrinologista ou pediatra	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de LH após estímulo com GnRH  
Cópia do exame de dosagem de LH (Hormônio Luteinizante) basal sérico  
Cópia do exame de ressonância magnética de Sistema Nervoso Central  
Cópia do laudo de Ultrassonografia de ovário e útero  
Cópia do laudo de Ultrassonografia de pelve

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA  
**CID:** D69.3  
**Produto:** AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2 , DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B , DANAZOL 200 MG CAP GRUPO 1.B , ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV GRUPO 1.B , ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REV GRUPO 1.B , IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HIV	Sim	Sim
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Laudo clínico realizado em serviço de hematologia dos sinais e sintomas acerca da presença de outras patologias concomitantes	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)

Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)

Cópia do Laudo de Biopsia e aspirado de medula óssea sempre que houver suspeita de neoplasias ou mielodisplasia como causa de plaquetopenia, assim como quando houver anemia ou leucopenia associadas à plaquetopenia

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HEPATITE C E COINFECÇÕES  
**CID:** B17.1, B18.2  
**Produto:** RIBAVIRINA 250 MG CAP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - DEVERÁ SER APRESENTADO NO MOMENTO DA PRIMEIRA DISPENSAÇÃO	Sim	Sim
Cópia do exame de Genotipagem do HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HCV-RNA (exame com validade de até 12 meses anteriores à solicitação do medicamento)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Biópsia hepática  
Cópia do laudo de Elastografia hepática

#### Documentos

Laudo médico e/ou exames comprobatórios (quando aplicável) das condições clínicas associadas a Hepatite C que justificam a escolha da opção terapêutica: i) Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição do score de Child-Pugh; ii) Relato médico descrevendo o esquema terapêutico e tempo de tratamento com DAA, utilizado previamente; iii) Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição de estadiamento da doença hepática por FIB4 ou APRI

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** Esclerose Lateral Amiotrófica  
**CID:** G12.2  
**Produto:** RILUZOL 50 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica	Sim	Sim
Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e progressão da doença, descrito por médico especialista em Neurologia	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Eletroforese de proteínas  
Cópia do exame de Hemograma completo  
Cópia do laudo de Eletroneuromiografia  
Cópia do laudo de Ressonância magnética de encéfalo e junção craniocervical

#### Documentos

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** OSTEOPOROSE  
**CID:** M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.5, M81.6,  
**Produto:** M81.8, M82.0, M82.1, M82.8  
RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de Clearance de Creatinina	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Cálcio sérico (cálcio total corrigido pela albumina ou cálcio iônico)	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Densitometria óssea com o valor do T-score  
Cópia do laudo Radiológico

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESQUIZOFRENIA  
**CID:** F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8  
**Produto:** RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B , RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B , RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)  
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)  
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica

#### Documentos

Cópia da folha de resposta da escala BPR-S

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO 1  
**CID:** F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7  
**Produto:** RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B , RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B , RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui história de síndrome neuroléptica maligna e discinesia tardia	Sim	Sim
Laudos para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)  
**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8  
**Produto:** RITUXIMABE (ROCHE/MABTHERA®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-CCP  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Rx  
Cópia do laudo de Ultrassonografia

#### Documentos

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

**Produto:**

### **Documentos**

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** FENILCETONÚRIA  
**CID:** E70.0, E70.1  
**Produto:** DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA 100 MG COMP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica OU Cópia do laudo de triagem neonatal por teste do pezinho, com coleta de sangue a partir de 48 horas até o 5º dia do nascimento após exposição à dieta proteica	Sim	Sim
Teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica sobre a utilização ou não de dieta pelo paciente anteriormente ao exame de dosagem de fenilalanina	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de análise molecular para mutação da Fenilalanina-hidroxilase (FAH)

Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica (facultativo)

Cópia do exame de dosagem de Tirosina

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE PSORÍACA  
**CID:** M07.0, M07.2, M07.3  
**Produto:** SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Não
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Não
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Não
Radiografia de tórax	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Não
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de contagem de Plaquetas  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)  
Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea

#### Documentos

Escala Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)  
Escala Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA)  
Escala Leeds Enthesitis Index (LEI)

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ARTRITE PSORÍACA

**CID:** M07.0, M07.2, M07.3

**Produto:**

**Documentos**

Escala Minimal Disease Activity (MDA)

Escala Psoriasis Area Severity Index (PASI) conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESPONDILITE ANCILOSANTE  
**CID:** M45, M46.8  
**Produto:** SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Sim
Radiografia de tórax	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Documentos

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8  
**Produto:** SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa	Sim	Sim
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Sim
Radiografia de tórax	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia de exame de urina (EAS) (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite B (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para HIV (Facultativo)
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (Facultativo)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

**Produto:**

### Exames

Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

### Documentos

Laudo com avaliação da normalidade da taxa de crescimento após o início do tratamento, para crianças

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR V2  
**CID:** I27.0, I27.2, I27.8  
**Produto:** SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito	Sim	Sim
Cópia de laudo do teste de caminhada de 6 minutos	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Relato médico descrevendo: evolução clínica do paciente; classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013); descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS e medicamentos em uso e os já utilizados.	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de laudo de reatividade vascular

Cópia do exame anti-HBc total

Cópia do exame de anti-DNA

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de anti-HIV (facultativo)

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) - Facultativo

Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo

Cópia do exame de Fator Reumatóide

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR V2

**CID:** I27.0, I27.2, I27.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame de HBsAg (Facultativo)

Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)

Cópia do exame parasitológico de fezes

Cópia do laudo da ecocardiografia transtorácica

Cópia do laudo de Eletrocardiograma

Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS  
**CID:** E25.0, E28.0, E28.2, L68.0  
**Produto:** CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total  
Cópia do exame de dosagem de glicose após sobrecarga de 75g de glicose  
Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum  
Cópia do exame de dosagem de HDL (Colesterol)  
Cópia do exame de dosagem de Prolactina sérica  
Cópia do exame de dosagem de Sulfato de deidroepiandrotestosterona (DHEA-S)  
Cópia do exame de dosagem de Triglicerídios  
Cópia do exame de dosagem de TSH  
Cópia do exame de dosagem de 17-hidroxiprogesterona basal  
Cópia do exame de Testosterona total  
Cópia do laudo de Ultrassonografia de pelve

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HEPATITE C E COINFECÇÕES  
**CID:** B17.1, B18.2  
**Produto:** SOFOSBUVIR + VELPATASVIR 400 + 100 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - DEVERÁ SER APRESENTADO NO MOMENTO DA PRIMEIRA DISPENSAÇÃO	Sim	Sim
Cópia do exame de HCV-RNA (exame com validade de até 12 meses anteriores à solicitação do medicamento)	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de Genotipagem do HCV  
Cópia do laudo de Biópsia hepática  
Cópia do laudo de Elastografia hepática

#### Documentos

Laudo médico e/ou exames comprobatórios (quando aplicável) das condições clínicas associadas a Hepatite C que justificam a escolha da opção terapêutica: i) Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição do score de Child-Pugh; ii) Relato médico descrevendo o esquema terapêutico e tempo de tratamento com DAA, utilizado previamente; iii) Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição de estadiamento da doença hepática por FIB4 ou APRI

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO

**CID:** E23.0

**Produto:** SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de TSH	Sim	Sim
Cópia do laudo de Tomografia computadorizada ou Ressonância nuclear magnética	Sim	Sim
Cópia do teste provocativo de secreção de GH (hormônio do crescimento)	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total

Cópia do exame de dosagem de HDL (Colesterol)

Cópia do exame de dosagem de Triglicerídios

Cópia do exame de dosagem de T4 livre

Cópia do exame de dosagem de T4 total

Cópia do laudo de Densitometria óssea com o valor do T-score

Cópia do laudo de Rx de mãos e punhos

#### Documentos

Descrição realizada por oncologista liberando o tratamento para Deficiência de Hormônio do Crescimento em pacientes que estão em remissão completa de doença neoplásica, há no mínimo dois anos

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO

**CID:** E23.0

**Produto:**

### **Documentos**

Para adultos: Descrição realizada por endocrinologista informando: as reposições hormonais realizadas, se pertinente; fatores de risco para deficiência iniciada na vida adulta; se paciente possui outras doenças concomitantes; comprovação de deficiência prévia, se existente

Para crianças e adolescentes: Cópia da curva de crescimento segundo OMS 2007

Para crianças e adolescentes: Descrição realizada por endocrinologista ou pediatra informando peso e comprimento ao nascer, idade gestacional (na impossibilidade de não fornecer tais dados, informar a não inclusão dos mesmos); estadiamento puberal; reposições hormonais realizadas; altura medida dos pais biológicos; e se paciente possui outras doenças concomitantes

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** SÍNDROME DE TURNER  
**CID:** Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8  
**Produto:** SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de Cariótipo	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia da curva de crescimento do National Center for Health Statistics (NCHS) de 1977 para crianças entre cinco a doze anos ou curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde para crianças entre dois e quatro anos	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Documentos

Relato médico realizado por oncologista liberando o tratamento para Síndrome de Turner em pacientes que estão em remissão completa de doença neoplásica, há no mínimo dois anos

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** RETOCOLITE ULCERATIVA  
**CID:** K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, K52.2  
**Produto:** SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Sim
Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)	Sim	Sim
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica	Sim	Sim

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
**CID:** N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8  
**Produto:** TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Para pacientes com até 18 anos, deverá haver descrição clínica realizada por dermatologista ou de dentista ou cirurgião bucomaxilofacial confirmando o diagnóstico de hipertricose ou hiperplasia gengival	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total  
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica  
Cópia do exame de dosagem de Triglicerídios  
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)  
Cópia do laudo de Biópsia renal

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO  
**CID:** T86.4, Z94.4  
**Produto:** TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)  
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Direta  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Indireta  
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total  
Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica  
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)  
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)  
Cópia do laudo de Biópsia hepática

#### Documentos

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado (Obrigatório para pacientes com idade inferior a 18 anos. Para os demais pacientes tal documento não é de entrega obrigatória)

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER (Obrigatório para pacientes com idade inferior a 18 anos. Para os demais pacientes tal documento não é de entrega obrigatória)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL  
**CID:** T86.1, Z94.0  
**Produto:** TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados	Sim	Não
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia de exame de pesquisa de anticorpos anti-HLA

Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica

Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada

Cópia do laudo de Biópsia renal

Cópia do laudo de ultrassonografia com Doppler colorido da vasculatura do enxerto

#### Documentos

Descrição clínica excluindo nefrotoxicidade crônica por inibidores da calcineurina em caso de rejeição crônica

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** HEPATITE B E COINFECÇÕES  
**CID:** B18.0  
**Produto:** TENOFOVIR 300 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia de exame que demonstre a infecção pelo HDV (anti-HDV IgG ou HDV-RNA) - Não obrigatório para substituições terapêuticas em virtude do reabastecimento de entecavir;	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Não
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas - Não obrigatório para substituições terapêuticas em virtude do reabastecimento de entecavir	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-HCV - Não obrigatório para substituições terapêuticas em virtude do reabastecimento de entecavir

Cópia do exame do anti-HIV - Não obrigatório para substituições terapêuticas em virtude do reabastecimento de entecavir

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ESCLEROSE MULTIPLA  
**CID:** G35  
**Produto:** TERIFLUNOMIDA 14 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total	Sim	Não
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)	Sim	Não
Cópia do exame de Hemograma completo	Sim	Não
Cópia do exame de Líquor	Sim	Não
Cópia do laudo de Ressonância magnética	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Relato médico descrevendo os sinais, sintomas, evolução da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale)	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo  
Cópia do exame de tuberculose inativa

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** Fibrose Cística - Manifestações pulmonares  
**CID:** E84.0, E84.8  
**Produto:** TOBRAMICINA 300/5 MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA (POR AMPOLA) GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia de exame de cultura de secreção respiratória	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Informar o tempo de tratamento prévio com tobramicina caso paciente apresente infecção pulmonar crônica por Pseudomonas aeruginosa	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### **OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### **Exames**

Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor  
Cópia do exame genético para diagnóstico de Fibrose Cística

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)  
**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8  
**Produto:** TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim
Hemograma completo com contagem de plaquetas	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

Exames
Cópia do exame de anti-CCP
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa
Cópia do exame de Fator Reumatóide
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)
Cópia do laudo de Ressonância magnética

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do laudo de Rx

Cópia do laudo de Ultrassonografia

### **Documentos**

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)  
**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8  
**Produto:** TOFACIFITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do exame de anti-CCP  
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa  
Cópia do exame de Fator Reumatóide  
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)  
Cópia do laudo de Ressonância magnética  
Cópia do laudo de Rx  
Cópia do laudo de Ultrassonografia

#### Documentos

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

**CID:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

**Produto:**

### **Documentos**

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8  
**Produto:** USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa	Sim	Sim
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Sim
Radiografia de tórax	Sim	Sim

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia do exame das sorologias para hepatite B (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C (Facultativo)
- Cópia do exame das sorologias para HIV (Facultativo)
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica (Facultativo)
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (Facultativo)
- Cópia do exame de Hemograma completo - facultativo

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** PSORÍASE  
**CID:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU) (Facultativo)

### **Documentos**

Laudo com avaliação da normalidade da taxa de crescimento após o início do tratamento, para crianças

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** DOENÇA DE GAUCHER  
**CID:** E75.2  
**Produto:** ALFATALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAVELAGLICERASE 200 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, ALFAVELAGLICERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A, MIGLUSTATE 100 MG CAP GRUPO 1.A

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

- Cópia da dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos ou fibroblastos
- Cópia do exame de análise molecular do Gene GBA1
- Cópia do exame de contagem de Plaquetas
- Cópia do exame de Densitometria óssea
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) - Facultativo
  
- Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)
- Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
- Cópia do exame de dosagem quitotriosidase
- Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
  
- Cópia do exame de Espirometria

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** DOENÇA DE GAUCHER

**CID:** E75.2

**Produto:**

### **Exames**

Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP)

Cópia do laudo de Ecocardiograma

Cópia do laudo de Ressonância magnética de abdômen

Cópia do laudo de Ressonância magnética de osso

Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de abdômen

Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen

Cópia do laudo Radiológico

### **Documentos**

Cópia da curva de velocidade de crescimento

Para DG tipo 3, deverá haver descrição de especialista excluindo a presença de manifestações neurológicas devido a outras doenças

Relato médico realizado em Centro de Referência confirmando diagnóstico de Doença de Gaucher para pacientes com atividade normal de beta-glicosidase nos leucócitos ou fibroblastos e sem presença dos genótipos p.N370S/370S, p.N370S/L444P e p.L444P/L444P no exame molecular do GENE GBA

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** EPILEPSIA  
**CID:** G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8  
**Produto:** VIGABATRINA 500 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas: histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epilépticas	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

**A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.**

#### Exames

Cópia do laudo de Ressonância magnética de encéfalo  
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do crânio  
Cópia do laudo do Eletroencefalograma (EEG)

#### Documentos

Cópia do Diário de Registro de Crises  
Cópia do teste psicométrico