

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

| 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 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma) | 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 |

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

| 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 |
| 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

| 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 de Hemograma completo | 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 |

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 CO2 (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 |
| 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 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 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

| 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 |

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

| 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 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/mm³ ou neutrófilos abaixo de 2.000/mm³ ou plaquetas inferior a 100.000/mm³

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

| 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

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

| 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 laudo de laparoscopia/laparotomia seguindo a classificação revisada da ASRM ou cópia de laudo de anatomopatológico de biópsia peritoneal | Sim | Sim |
| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
| 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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 |

| 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 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

| 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 Triglicerídios | Sim | Sim |
| Cópia do exame de dosagem de TSH | 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 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 cineangiogramiografia

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 |
| 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

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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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 |
| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
| 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|------------------|-----------|
| Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico) | Sim | Sim |
| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
| 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico) | Sim | Sim |
| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
| 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

| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
|---|------------------|-----------|
| 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|---|------------------|-----------|
| 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: 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|---|-------------------------|------------------|
| 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 |
| 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 |
| 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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 |
| 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 |

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

| 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 |

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 |
| 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, 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma) | 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 |

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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| Cópia do exame de dosagem de Cortisol sérico | 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 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 |
| 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

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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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 |

| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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 |
| 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, 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|---|-------------------------|------------------|
| 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 |

| 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 |
| 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 COINFEÇÕES

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

| 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 |

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

| 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 |

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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| Cópia do exame de Líquor | Sim | Sim |
| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
| 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

| 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 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 |
| 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 |

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

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

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

| 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.

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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| Cópia do exame de alfa-L-iduronidase em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro | 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 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|---|-------------------------|------------------|
| 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 |

| 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 |
| 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 |
| 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 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico) | Sim | Sim |
| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
| 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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 |

| 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 |

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

| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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

| 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 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

| 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 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

| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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 |
| 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, 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|--|-------------------------|------------------|
| 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 |

| 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 |

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 |
| 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 |
| 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

| Exames | Nova Solicitação | Adequação |
|---|------------------|-----------|
| Cópia de exame de cultura de secreção respiratória | Sim | Sim |
| Documentos | Nova Solicitação | Adequação |
| 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 |
| 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, 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