

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 22/06/2020)

PCDT: ESCLEROSE MÚLTIPLA
CID 10: G35

1. Medicamentos

Azatioprina 50mg (por comprimido)	Fingolimode 0,5mg (por cápsula)
Betainterferona 1a 6.000.000 UI (22 mcg) injetável (por SP)	Fumarato de Dimetila 120mg (por comprimido)
Betainterferona 1a 6.000.000 UI (30 mcg) injetável (por FA OU SP)	Fumarato de Dimetila 240mg (por comprimido)
Betainterferona 1a 12.000.000 UI (44 mcg) injetável (por SP)	Glatiramer 40mg (por FA OU SP)
Betainterferona 1b 9.600.000 UI (300 mcg) injetável (por FA)	Natalizumabe 300mg (por FA)
	Teriflunomida 14mg (por comprimido)

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais:

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:

SOLICITAÇÃO INICIAL

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Relato Médico descrevendo os sinais e sintomas e informando se paciente possui outras doenças concomitantes;**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Relato Médico descrevendo os sinais e sintomas e informando se paciente possui outras doenças concomitantes;**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

2.3 Exames Obrigatórios:

SOLICITAÇÃO INICIAL (CONTINUA)

Para todos os medicamentos

- () Cópia do exame de TGO;
- () Cópia do exame de TGP;
- () Cópia do exame de TSH;
- () Cópia do exame de T4 livre;
- () Cópia do exame de Vitamina B12;
- () Cópia do exame de VDRL;
- () Cópia do exame de sorologia para HIV;
- () Cópia do exame de sorologia para Hepatite B;
- () Cópia do exame de sorologia para Varicela Zoster;
- () Cópia do exame de Ressonância magnética do crânio e da coluna cervical;
- () Cópia do exame de Hemograma com plaquetas;

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais

TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

<p><u>Para Azatioprina, Betainterferonas e Glatiramer:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de FAN; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Líquor; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 55 anos de idade).</p> <p><u>Para Natalizumabe:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de FAN; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 55 anos de idade). <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Raio X de tórax; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de sorologia para o vírus JC (exame realizado em parceria do CREM-PB e laboratório).</p> <p><u>Para Fumarato de Dimetila:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Sumário de urina; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Líquor; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 55 anos de idade); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Raio X de tórax.</p>	<p><u>Para Fingolimode:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas Totais e frações; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de FAN; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Líquor; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 55 anos de idade); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Raio X de tórax; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Eletrocardiograma; <input type="checkbox"/> Parecer do Oftalmologista; <input type="checkbox"/> Parecer do Cardiologista.</p> <p><u>Para Teriflunomida:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas Totais e frações; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de FAN; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Líquor; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 55 anos de idade); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Raio X de tórax;</p>
<p>OS resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento</p>	

<p>RENOVAÇÃO</p>	
<p><u>Para todos os medicamentos:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hemograma Completo; <input type="checkbox"/> AST (TGO); <input type="checkbox"/> ALT (TGP); <input type="checkbox"/> T4 livre; <input type="checkbox"/> TSH.</p>	
<p><u>Para Betainterferonas:</u> <u>A cada 12 meses:</u> <input type="checkbox"/> Ressonância magnética do crânio.</p> <p><u>Para Natalizumabe:</u> <u>A cada 06 meses:</u> <input type="checkbox"/> Sorologia para o vírus JC. <u>A cada 12 meses:</u> <input type="checkbox"/> VDRL; <input type="checkbox"/> Sorologia para HIV; <input type="checkbox"/> Ressonância magnética do crânio.</p> <p><u>Para Fumarato de Dimetila:</u> <u>A cada 03 meses:</u> <input type="checkbox"/> Sumário de Urina. <u>A cada 12 meses:</u> <input type="checkbox"/> VDRL; <input type="checkbox"/> Sorologia para HIV; <input type="checkbox"/> Sumário de Urina. <input type="checkbox"/> Ressonância magnética do crânio.</p>	<p><u>Para Fingolimode:</u> <u>A cada 03 meses:</u> <input type="checkbox"/> Bilirrubinas totais e frações; <input type="checkbox"/> Parecer do Oftalmologista. <u>A cada 12 meses:</u> <input type="checkbox"/> Vitamina B12; <input type="checkbox"/> VDRL; <input type="checkbox"/> Sorologia para HIV; <input type="checkbox"/> Ressonância magnética do crânio.</p> <p><u>Para Teriflunomida:</u> <u>A cada 03 meses:</u> <input type="checkbox"/> Bilirrubinas totais e frações. <u>A cada 12 meses:</u> <input type="checkbox"/> Bilirrubinas totais e frações. <input type="checkbox"/> Ressonância magnética do crânio.</p> <p><u>Para Glatirâmer:</u> <u>A cada 12 meses:</u> <input type="checkbox"/> Ressonância magnética do crânio.</p>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais

TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Neurologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Os pacientes deverão ser devidamente cadastrados no Centro de Referência em Esclerose Múltipla (CREM-PB), localizado na FUNAD - João Pessoa.

4. Para receber os medicamentos:

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 10 (dez) dias;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Para Glatirâmer, Betainterferonas e Natalizumabe

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA
ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.

Se por algum motivo não usar o medicamento, devolva ao CEDMEX.