

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(última atualização: 26/06/2023)**PCDT: Esclerose Sistêmica**
CID 10: M34.0, M34.1, e M34.8**1. Medicamentos**

Azatioprina 50 mg (por comprimido)
Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)
Metotrexato 2,5 mg (por comprimido)
Metotrexato 25mg/ml injetável (por ampola de 2 ml)
Sildenafil 25 mg (por comprimido)
Sildenafil 50 mg (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 deseje 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;
- () **Relatório médico** com a descrição dos critérios do ACR ou com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão scleroderma à capilaroscopia periungueal
- () **Anexo - Critérios de Classificação para Esclerose Sistêmica;**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () **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;
- () **Relatório médico** com a descrição dos critérios do ACR ou com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão scleroderma à capilaroscopia periungueal

2.3 Exames;**SOLICITAÇÃO INICIAL****OBRIGATÓRIOS:**

- () Cópia do exame de dosagem de TGO
- () Cópia do exame de dosagem de TGP
- () Cópia do exame de Hemograma Completo
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica
- () Cópia do exame de dosagem de Uréia Sérica
- () Cópia do exame de BETA H-CG (para mulheres em idade fértil)

FACULTATIVOS:

- () ANTICORPO ANTI Scl-70;
- () ANTICORPO ANTI RNA- POLIMERASE.
- () ANTICORPO ANTICENTRÔMERO;
- () FAN;



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () Cópia do exame de dosagem de TGO
- () Cópia do exame de dosagem de TGP
- () Cópia do exame de Hemograma Completo
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica
- () Cópia do exame de dosagem de Uréia Sérica

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Reumatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

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

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
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 Conjunta N° 09, de 28 de agosto de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Esclerose Sistêmica**.

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**