

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.**