

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(última atualização: 06/02/2024)**PCDT: DERMATITE ATÓPICA****CID 10: L20.0, L20.8****1. Medicamentos**

CICLOSPORINA 100 MG (CÁPSULA);
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FRASCO) 50 ML;
CICLOSPORINA 25 MG (CÁPSULA);
CICLOSPORINA 50 MG (CÁPSULA).

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;
- () **Descrição clínica detalhada** com medida de pressão arterial, atestando que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão para uso do medicamento ciclosporina, quais sejam: estar em uso de fototerapia, insuficiência renal crônica, hipertensão arterial não controlada, neoplasia em atividade, lactação, infecção aguda ou crônica ativa, tuberculose sem tratamento. Apresentar descrição dos critérios diagnósticos de dermatite atópica apresentados pelo paciente, bem como descrição da gravidade da doença (informar escala utilizada e pontuação obtida). Para pacientes idosos, informar se doença é incapacitante.
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**
- () **Anexo I – Critérios do Reino Unido ou Anexo II – Critérios Hanifin e Rajka.**

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;
- () **Laudo Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.

2.3 EXAMES OBRIGATÓRIOS**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica



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

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Alergologia ou Dermatologista**, 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, CPF ou Cartão Nacional do SUS e Cartão de Controle do Usuário

5. Observações:

- 5.1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
- 5.2. 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;
- 5.3. Se, por algum motivo, não usar o medicamento **devolva ao CEDMEX**.
- 5.4. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 34, de 20 de DEZEMBRO de 2023. que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Dermatite Atópica**.

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