

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 31/07/2024)**PCDT: DIABETE MELITO TIPO 2****CID 10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9****\*Com doença cardiovascular estabelecida de acordo com anexo disponível na Portaria SCTIE/MS Nº 54, de 11 de novembro de 2020****1. Medicamentos****DAPAGLIFLOZINA 10 MG (POR COMPRIMIDO) - IDADE MÍNIMA 40 ANOS****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;
- Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

- 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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

**2.3 Exames Obrigatórios****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);

**Apresentar ao menos DOIS dos exames solicitados abaixo:**

- Cópia do exame de dosagem de GH após sobrecarga de glicose
- Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum em duas ocasiões, com curto intervalo de tempo (por exemplo, uma a duas semanas)
- Cópia do exame de dosagem de Glicose (sem necessidade de jejum)
- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina glicada.

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.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** sendo o médico **Endocrinologista ou Médico de Saúde da Família**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos

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

### 5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (trinta) 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 pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria SCTIE/MS Nº 54, de 11 de novembro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Diabete Melito Tipo 2**.

## Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

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