



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS (Última revisão: 26/06/2023)

PCDT: DOENÇA DE PAGET

CID 10: M88.0, M88.8

1. Medicamentos

Ácido Zoledrônico 5 mg/100 mL solução injetável;
Calcitonina 200 UI spray nasal (por frasco);
Risedronato 35 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;
- () **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
- () **Termos de Esclarecimento e Responsabilidade**

Para Ácido zoledrônico;

- () **Relato médico** com contraindicação aos bisfosfonatos orais em função de dismotilidade esofágica ou impossibilidade de manter-se ortostase após ingestão dos comprimidos -

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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente.

2.3. Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL

Para Ácido zoledrônico e Risedronato:

- () Cópia da dosagem de Cálcio sérico;
- () Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH);
- () Cópia do laudo Radiológico.



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

Para Calcitonina:

- Cópia da dosagem de Cálcio sérico;
- Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH);
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);
- Cópia do laudo Radiológico

O 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.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** sendo o médico **especialista correspondente à patologia**, regularizados 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, Cartão Nacional do SUS 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 de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 2, de 17 de janeiro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Paget**.

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