

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 26/06/2023)**PCDT: DOENÇA DE WILSON**  
**CID 10: E83.0****1. Medicamentos**

Penicilamina 250 mg, cápsula Trientina 250mg, cápsula
--

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais;**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Carteira de Identidade – RG</li><li>✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF</li><li>✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS</li><li>✓ Comprovante de Residência com CEP</li><li>✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).</li></ul> |
|--|

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>( ) <b>Notificação de Receita;</b></li><li>( ) <b>Laudo Médico</b>, descrição clínica detalhada se paciente possui sintomas psiquiátricos e mutações cromossômicas típicas da Doença de Wilson;</li><li>( ) <b>Escore para diagnóstico de Doença de Wilson;</b></li><li>( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</b></li></ul> |
|---|

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>( ) <b>Notificação de Receita;</b></li><li>( ) <b>Laudo Médico</b>, descrevendo histórico clínico do paciente.</li></ul> |
|---|

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

**Paciente deverá apresentar pelo menos dois desses exames, desde que pontue o Escore mínimo para diagnóstico de doença de Wilson, conforme PCDT.**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) Exame de lâmpada de fenda realizado por oftalmologista;</li><li>( ) Cópia do exame genético para análise de mutações cromossômicas;</li><li>( ) Cópia do exame da concentração sérica de ceruloplasmina;</li><li>( ) Cópia do exame cobre sérico total;</li><li>( ) Cópia do exame de concentração hepática de cobre;</li><li>( ) Cópia do exame de cobre urinário (dosagem em 24h);</li><li>( ) Cópia do teste de Coombs direto (TCD);</li><li>( ) Cópia do laudo de Biópsia hepática corado com rodanina.</li></ul> |
|---|

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

#### RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

**Para todos os medicamentos:**

- ( ) Cópia do exame cobre sérico total;
- ( ) Cópia do exame de cobre urinário (dosagem de 24 horas);

**Para Penicilamina apresentar também:**

- ( ) Hemograma completo com plaquetas;
- ( ) Sumário de Urina = EQU = EAS;
- ( ) AST (TGO)
- ( ) ALT (TGP)
- ( ) Bilirrubina
- ( ) Fosfatase alcalina

#### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Gastroenterologia ou Neurologia**, 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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Conjunta Nº 09, de 27 de março de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Wilson**.

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

SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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