

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 26/06/2023)**PCDT: Doença falciforme****CID 10:** D57.0, D57.1, D57.2

D56.1; D56.8 (Fenoximetilpenicilina)

1. MedicamentosHidroxiureia 500 mg (por cápsula);
Fenoximetilpenicilina Potássica 80000UI (Pen V oral®) – **Para crianças até 5 anos de idade****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**, detalhado a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
- Anexo I**;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESE

- 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**, detalhado a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

2.3 Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL****Para todos os medicamentos:**

- Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina Fetal (Eletroforese de Hemoglobina);
- Cópia do exame de Hemograma completo

Para hidroxúria

- Cópia do exame de B-HCG sérico (validade 11 dias) para mulheres em idade fértil;
- Cópia da contagem de Reticulócitos;
- Cópia do exame de HBsAg;
- Cópia do exame de anti-HCV;
- Cópia do exame de HIV;
- Cópia do exame de Creatinina;
- Cópia do exame de AST/TGO;
- Cópia do exame de ALT/TGP;
- Cópia do exame de ácido úrico.

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



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

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

Para Hidroxiureia

- Cópia do exame de Hemograma completo com contagem de plaquetas
- Cópia do exame de contagem de Reticulócitos;
- Cópia do exame de Creatinina;
- Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP)
- Cópia do exame de gamaglutamiltranspeptidase (GGT)
- Cópia do exame de Hemoglobina Fetal (HbF).

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na especialidade de **Hematologia e/ou Pediatria**, 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 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 de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta nº 05, de 19 de fevereiro de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Doença Falciforme**.

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