

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 26/06/2023)**PCDT: ESCLEROSE MÚLTIPLA**
CID 10: G35**1. Medicamentos**

Azatioprina 50mg (por comprimido)	Fingolimode 0,5mg (por cápsula)
Alentuzumabe 10mg/ml (solução injetável)	Fumarato de Dimetila 120mg (por comprimido)
Betainterferona 1a 6.000.000 UI (22 mcg) injetável (por SP)	Fumarato de Dimetila 240mg (por comprimido)
Betainterferona 1a 6.000.000 UI (30 mcg) injet. (por FA OU SP)	Glatiramer 20mg (por FA OU SP)
Betainterferona 1a 12.000.000 UI (44 mcg) injetável (por SP)	Glatiramer 40mg (por FA OU SP)
Betainterferona 1b 9.600.000 UI (300 mcg) injetável (por FA)	Natalizumabe 300mg (por FA)
	Teriflunomida 14mg (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 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;
- () **Relato Médico descrevendo os sinais e sintomas e informando se paciente possui outras doenças concomitantes;**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO

- () **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;
- () **Relato Médico descrevendo os sinais e sintomas e informando se paciente possui outras doenças concomitantes;**
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

2.3 Exames Obrigatórios:**SOLICITAÇÃO INICIAL (CONTINUA)****Para todos os medicamentos**

- () Cópia do exame de TGO;
- () Cópia do exame de TGP;
- () Cópia do exame de TSH;
- () Cópia do exame de T4 livre;
- () Cópia do exame de Vitamina B12;
- () Cópia do exame de VDRL;
- () Cópia do exame de sorologia para HIV;
- () Cópia do exame de sorologia para Hepatite B;
- () Cópia do exame de sorologia para Varicela Zoster;
- () Cópia do exame de Ressonância magnética do crânio e da coluna cervical;
- () Cópia do exame de Hemograma com plaquetas;

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

<p><u>Para Azatioprina, Betainterferonas e Glatiramer:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de FAN; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Líquor; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 50 anos de idade).</p> <p><u>Para Natalizumabe:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de FAN; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 50 anos de idade). <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Raio X de tórax; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de sorologia para o vírus JC (exame realizado em parceria do CREM-PB e laboratório).</p> <p><u>Para Fumarato de Dimetila:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Sumário de urina; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Líquor; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 50 anos de idade); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Raio X de tórax.</p>	<p><u>Para Fingolimode:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas Totais e frações; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de FAN; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Líquor; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 50 anos de idade); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Raio X de tórax; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Eletrocardiograma; <input type="checkbox"/> Parecer do Oftalmologista; <input type="checkbox"/> Parecer do Cardiologista.</p> <p><u>Para Teriflunomida:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas Totais e frações; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de FAN; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator reumatóide; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Líquor; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres com até 50 anos de idade); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Raio X de tórax;</p>
<p>OS 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</p>	

RENOVAÇÃO**Para todos os medicamentos:**

- Hemograma Completo;
 AST (TGO);
 ALT (TGP);
 T4 livre;
 TSH.

Para Betainterferonas e Glatirâmer:**A cada 12 meses:**

- Ressonância magnética do crânio.

Para Natalizumabe:**A cada 06 meses:**

- Sorologia para o vírus JC.

A cada 12 meses:

- VDRL;
 Sorologia para HIV;
 Ressonância magnética do crânio.

Para Fumarato de Dimetila:**A cada 03 meses:**

- Sumário de Urina.

A cada 12 meses:

- VDRL;
 Sorologia para HIV;
 Sumário de Urina.

Para Fingolimode:**A cada 03 meses:**

- Bilirrubinas totais e frações;
 Parecer do Oftalmologista.

A cada 12 meses:

- Vitamina B12;
 VDRL;
 Sorologia para HIV;
 Ressonância magnética do crânio.

Para Teriflunomida:**A cada 03 meses:**

- Bilirrubinas totais e frações.

A cada 12 meses:

- Bilirrubinas totais e frações.
 Ressonância magnética do crânio.



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

() Ressonância magnética do crânio.	
--------------------------------------	--

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Neurologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Os pacientes deverão ser devidamente cadastrados no Centro de Referência em Esclerose Múltipla (CREM-PB), localizado na FUNAD - João Pessoa.

4. Para receber os medicamentos:

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

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 10 (dez) dias;
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 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Para Alentuzumabe, Glatirâmer, Betainterferonas e Natalizumabe

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA
ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.

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