

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 30/06/2023)**PCDT: MIASTENIA GRAVIS**
CID 10: G70.0; G70.2**1. Medicamentos**

Ciclosporina 25 mg, cápsula; Ciclosporina 50 mg, cápsula; Ciclosporina 100 mg, cápsula; Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral;	Imunoglobulina Humana 5,0 g, frasco-ampola; Azatioprina 50 mg, comprimido; Piridostigmina 60 mg, comprimido.
--	--

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

<ul style="list-style-type: none">✓ 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
<input type="checkbox"/> LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
<input type="checkbox"/> Notificação de Receita , com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
<input type="checkbox"/> Laudo médico . Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas, diagnóstico e tratamentos prévios;
<input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade .

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
<input type="checkbox"/> LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
<input type="checkbox"/> Notificação de Receita , com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
<input type="checkbox"/> Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas ;

2.3 Exames

SOLICITAÇÃO INICIAL	
Obrigatórios	Facultativos
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica;	<input type="checkbox"/> Anti-MuSk; <input type="checkbox"/> Anticorpo anti-receptor de Acetilcolina.
<input type="checkbox"/> Laudo eletroneuromiografia e/ou a de fibra única;	
Para Imunoglobulina Humana acrescentar	
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem sérica de IgA	
Os exames FACULTATIVOS poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.	
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.	

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

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
Para azatioprina () Cópia de hemograma completo () Cópia do exame de TGO () Cópia do exame de TGP	Para Ciclosporina () Cópia do exame de dosagem de Creatinina Sérica;

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, 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, 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 Conjunta nº 11, de 23 de maio de 2022, que Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Miastenia Gravis**.

Para Imunoglobulina Humana

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.