

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(última revisão: 30/06/2023)**PCDT: POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF)**  
**CID 10: E85.1****1. Medicamentos**

Tafamidis 20mg (por cápsula)

**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;
- ( ) **Laudo Médico** contendo quadro clínico determinado por especialistas na área de neurologia ou cardiologia, constatação do depósito amiloide, teste genético comprovando a mutação em TTR e histórico familiar da doença;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

**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.** Descrição clínica dos sinais e sintomas.

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

- ( ) Cópia do exame de DNA com a presença de mutação e sintomatologia compatível

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 Uréia;
- ( ) Cópia do exame de Creatinina;
- ( ) Cópia do exame de Ácido úrico;
- ( ) Cópia do exame de Taxa de Filtração Glomerular (Clearance de Creatinina);
- ( ) Cópia do exame de Proteína em urina de 24 horas;
- ( ) Cópia do exame de TGO;
- ( ) Cópia do exame de TGP;



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

### **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 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 Portaria Conjunta nº 22, de 02 de outubro de 2018, que Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Polineuropatia Amiloidótica Familiar**.

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