

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 30/06/2023)**PCDT: PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA**
CID 10: D69.3**1. Medicamentos**

Azatioprina 50 mg (por comprimido)
Ciclofosfamida 50 mg (por drágea)
Danazol 100 mg (por cápsula)
Danazol 200 mg (por cápsula)
Eltrombopague 25 mg (por comprimido)
Eltrombopague 50 mg (por comprimido)
Imunoglobulina humana 5,0 g injetável (por frasco)

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**, realizado em serviço de hematologia constante dos sinais e sintomas, do diagnóstico e de tratamentos prévios, e acerca da presença de outras patologias concomitantes;
- () **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**, realizado em serviço de hematologia dos sinais e sintomas acerca da presença de outras patologias concomitantes;

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

- () Cópia do exame de anti-HIV;
- () Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas.

Para azatioprina, ciclofosfamida e danazol:

- () Cópia do exame de B-HCG sérico (validade 11 dias) para mulheres em idade fértil – 10 até 49 anos.

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 todos os medicamentos:**

() Cópia do exame de Hemograma completo, com contagem de Plaquetas.

Para Azatioprina e Eltrombopague:

() Cópia do exame de AST/TGO
() Cópia do exame de ALT/TGP

Para Donazol:

() Cópia do exame de AST/TGO;
() Cópia do exame de ALT/TGP;
() Cópia do exame de fosfatase alcalina;
() Cópia do exame de colesterol total;
() Cópia do exame de DHL;
() Cópia do exame de triglicérides;
() Cópia do laudo da Ultrassonografia Abdominal **(anualmente)**.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na especialidade de **Hematologia**, 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 9, de 31 de julho de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Púrpura Trombocitopênica Idiopática**.

PARA IMUNGLOBULINA 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.