

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS****PCDT: ANGIOEDEMA ASSOCIADO À DEFICIÊNCIA DE C1 ESTERASE (C1-INH)**
CID 10: D84.1**1. Medicamentos**

Danazol 100 mg (por cápsula) Danazol 200 mg (por cápsula)

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**

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">() 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;() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em imunologia ou genética; frequência dos episódios de angioedema ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave;() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">() 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;() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em imunologia ou genética; frequência dos episódios de angioedema ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave; |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2.3 Exames Obrigatórios;

SOLICITAÇÃO INICIAL	RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
<ul style="list-style-type: none">() Cópia do exame de atividade de C1-INH (Inibidor de C1-esterase);() Cópia do exame de dosagem de Complemento CH50;() Cópia do exame de dosagem de Complemento C4.	<ul style="list-style-type: none">() C1-INH e C4;() Hemograma completo;() AST (TGO);() ALT (TGP);() Fosfatase Alcalina;() Colesterol Total e frações;() Triglicerídeos;() Sumário de Urina = EQU = EAS;() Anualmente: Ultrassonografia Abdominal
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.	



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 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 SAS/MS nº. 880, de 12/07/2016 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Angioedema associado à deficiência de C1 esterase (C1-INH).

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