

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

(Última revisão: 21/06/2023)

PCDT: Colangite Biliar Primária (CBP)

CID 10: K74.3

1. MedicamentoÁcido Ursodesoxicólico 150mg (por comprimido)
Ácido Ursodesoxicólico 300mg (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;
- () **Prescrição médica** devidamente preenchida;
- () **Descrição clínica** detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- () **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;
- () **Prescrição médica** devidamente preenchida;
- () **Descrição clínica** detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;

2.3 Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL (paciente deverá apresentar pelo menos 2 dos exames abaixo)**

- () Cópia do exame de fosfatase alcalina
- () Cópia do exame de bilirrubina total
- () Cópia do exame GGT (gama-glutamilttransferase)
- () Cópia do exame de TGO
- () Cópia do exame de TGP
- () Cópia da Biópsia Hepática;
- () Cópia do exame de pesquisa de anticorpos antimitocondriais (AAM) ou anticorpo antinúcleo (AAN).

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.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () Cópia do exame de fosfatase alcalina
- () Cópia do exame de bilirrubina total
- () Cópia do exame de TGO



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

() Cópia do exame de TGP

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade de **Gastrologia** ou **Hepatologia**, 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 do SUS e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos 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. 11, de 09 de setembro de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Colangite Biliar Primária**.

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

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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