

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Isotretinoína

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Acne grave

**CID 10:** L70.0, L70.1, L70.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias (Notificação de receita especial para retinóides)

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Colesterol total e frações

Triglicerídeos

TGO/TGP

β-HCG ou documento de esterilização para mulheres em idade fértil

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamento:** Cabergolina, Lanreotida, Octreotida

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Acromegalia

**CID 10:** E22.0



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Dosagem de GH (hormônio de crescimento)

Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C)

Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada da hipófise



## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**



**Fórmulas infantis disponíveis:** Fórmula proteína isolada de soja

Fórmula de hidrolisado proteico

Fórmula de aminoácidos livres

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Alergia a proteína do leite de vaca (APLV)

**CID 10:** K52.2

- \* Ficha de avaliação para fornecimento de fórmulas infantis (link ficha)
- \* Receita especificando quantidade em *ml* e o número de mamadas por dia da criança
- \* Cópia dos documentos pessoais da criança:
  - CPF e RG (ou certidão de nascimento, caso a criança não os possua)
  - Cartão do SUS
  - Comprovante de residência

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamento:** Donepezil, Galantamina, Rivastigmina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Doença de Alzheimer

**CID 10:** G30.0, G30.1, G30.8



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#), com descrição da apresentação da doença, evolução e sinto-

-mas neuropsiquiátricos apresentados;

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

[Mini exame do Estado Mental & CDR \( Escala Clínica de Avaliação de Demência\) \(link\)](#)

Laudo da ressonância magnética ou tomografia computadorizada sem contraste do encéfalo

\*Cópia dos exames:

Hemograma

Sódio

Potássio

Cálcio

Glicemia de jejum

TSH

Dosagem sérica de ácido fólico

Dosagem sérica de vit B12

Sorologia para Sífilis – VDRL

*Para pacientes com menos de 60 anos- Sorologia para HIV*

**\*Para Galantamina acrescentar:**

Creatinina

Uréia

TGO/TGP

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamento:** Hidroxiuréia

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Anemia falciforme

**CID 10:** D57.0, D57.1, D57.2



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Hemograma com contagem de plaquetas e reticulócitos;

Eletroforese de hemoglobina com Hemoglobina fetal

Sorologia para Hepatite B, Hepatite C e HIV;

Creatinina

TGO/TGP

Dosagem sérica de ácido Úrico

β-HCG ou documento de esterilização para mulheres em idade fértil



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Alfaepoetina (1.000UI, 2.000UI, 3.000UI, 4.000UI ou 10.000UI)  
Sacarato de hidróxido de ferro EV

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Anemia em pacientes com insuficiência renal crônica  
**CID 10:** N18.0, N18.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Hemograma

Saturação de transferrina e ferritina

Para alfaepoetina acrescentar:

Creatinina





## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamento:** Ciclosporina, Leflunomide, Metotrexato, Naproxeno, Sulfassalazina

**Imunobiológicos:** Adalimumab, Etanercepte, Infliximabe, Golimumabe

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Artrite psoriática

**CID 10:** M07.0, M07.3



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

VHS (Velocidade de hemossedimentação)

Proteína C reativa

Hemograma completo com plaquetas

Creatinina

TGO/TGP

Radiografia ou ressonância magnética das áreas acometidas

\*\*\* Para os imunobiológicos acrescentar os exames:

Sorologias: anti HCV, anti HIV, anti HbsAG

Prova de Mantoux – PPD (teste tuberculínico)

Radiografia do tórax

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Azatioprina, Ciclosporina, Cloroquina, Hidroxicloroquina, Leflunomide, Metotrexato, Naproxeno, Sulfassalazina

**Imunobiológicos:** Abatacepte, Adalimumab, Certulizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Artrite reumatóide

**CID 10:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico

Radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética das áreas acometidas

VHS (Velocidade de hemossedimentação) **ou** PCR (Proteína C reativa)

Fator reumatóide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico)

\*\*\* Para os imunobiológicos acrescentar os exames:

Sorologia HbsAG

Sorologia Anti-HCV

Prova de Mantoux – PPD (teste tuberculínico)

Radiografia do Tórax

**PARA ABATACEPTE, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, RITUXIMABE E TOCILIZUMABE** acrescentar:

[Relatório médico específico \(Link\)](#)

**PARA TOCILIZUMABE** acrescentar:

Hemograma

TGO/TGP



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Budesonida (200mcg e 400mcg), Formoterol (12mcg),  
Formoterol+Budesonida 12/400mcg e Formoterol+Budesonida 6/200mcg

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Asma

**CID 10:** J45.0, J45.1, J45.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Espirometria (a partir dos 5 anos)



## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**Medicamentos:** Risperidona comprimido (1mg, 2mg, e 3mg) e  
Risperidona sol. Oral 1mg/ml



**Patologia contemplada pelo PCDT:** Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo

**CID 10:** F84.0, F84.1, F84.3, F84.5, F84.8

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

- \* Receita médica em 2 vias
- \* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência
- \* Cópia dos exames:
  - Relatório médico com descrição do quadro clínico
  - Perfil lipídico
  - Glicemia de jejum

\*\*\* Não é necessário apresentar o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade





## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**



**PIRACICABA**  
Prefeitura do Município

**Medicamento:** Clopidogrel 75mg

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Síndrome Coronariana Aguda

**CID 10:** I20.0, I20.1, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I23.0 , I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.8, I24.9

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Relatório médico, elaborado por médico cardiologista, que justifique a farmacoterapia com Clopidogrel 75mg



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Toxina botulínica 100UI e 500UI

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Distonias e espasticidade

**CID 10:** G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G51.8, G04.1, G80.0, G80.1, G80.2, G81.1, G82.1, G82.4, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8, T90.5, T90.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link texto\)](#)

\* Cópia dos exames:

Beta-Hcg ou documento de esterilização para mulheres em idade fértil

\*\*\* Quando a aplicação não for feita em Centro de Referência cadastrado na Secretaria Estadual de Saúde é necessário apresentar:

Termo de responsabilidade pela retirada e aplicação da Toxina botulínica

Cadastro na Vigilância Sanitária da clínica onde será realizada a aplicação (se for hospital não é necessário)



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Somatotropina (12UI e 4UI)

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Hipopituitarismo

**CID 10:** E23.0

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

### Para crianças:

Relatório médico com descrição do quadro clínico: idade atual, peso e altura ao nascer e atuais, idade gestacional (se possível), velocidade de crescimento no último ano ou curva de crescimento (preferencial) em crianças com mais de 2 anos, estadiamento puberal, altura dos pais biológicos (se Possível);

Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C);

Teste de estímulo para GH

### Para adultos:

Relatório médico com descrição do quadro clínico: idade, comprovação de deficiência prévia (se existente), fatores de risco para deficiência iniciada na vida adulta

Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C)

Teste de estímulo para GH (Hormônio de Crescimento);

Densitometria óssea

Colesterol total

HDL

Triglicérides



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Desmopressina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Diabetes insípido

**CID 10:** E23.2

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Volume urinário em 24 horas;





## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, bezafibrato, Ciprofibrato, Fenofibrato, genfibrozila, ácido nicotínico

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Dislipidemia

**CID 10:** E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e consentimento preenchido pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Colesterol total e HDL

Triglicerídeos

TGO/TGP

TSH

CPK

Beta HCG ou documento de esterilização para mulheres em idade fértil

**\*\*Para Atorvastatina, Pravastatina e Ácido Nicotínico** acrescentar: Descrição, no campo "anamnese" do LME do fator de risco cardiovascular apresentado pelo paciente: (i) diabetes melito; (ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham; (iii) evidência clínica de doença aterosclerótica.



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamento:** Sevelamer

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica

**CID 10:** E83.3, N18.0, N25.0



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Dosagem sérica de fósforo

Dosagem sérica de cálcio iônico

Dosagem sérica de PTH (paratormônio)



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos:** Fludrocortisona

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Doença de Addison

**CID 10:** : E27.1, E27.4



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo paciente e pelo médico \(link termo\)](#)

\* Cópia de um dos itens abaixo:

Dosagem sérica de cortisol + dosagem sérica de ACTH (Hormônio Adrenocorticotrófico)

Dosagem sérica de cortisol (após estímulo com 250mcg de HCTH (Hormônio Adrenocorticotrófico)

Dosagem sérica de renina + Dosagem sérica de aldosterona



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Azatioprina, Mesalazina (comprimido 400mg, 500mg e 800mg), Metotrexato e Sulfassalazina

**Imunobiológicos:** Adalimumabe, Certolizumabe e Infliximabe

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Doença de Crohn

**CID 10:** : K50.0, K50.1, K50.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Comprovação endoscópica, radiológica, cirúrgica ou anatomopatológica da doença

Hemograma

Creatinina

Urina 1

Para **METOTREXATE** acrescentar:  $\beta$ -HCG ou documento de esterilização para mulheres em idade fértil

\*\*\* Para os imunobiológicos acrescentar os exames:

Prova de Mantoux – PPD (teste tuberculínico)

Radiografia do tórax

Para **INFLIXIMABE** acrescentar: TGO/TGP





## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Imiglucerase

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Doença de Gaucher

**CID 10:** : E75.2

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Relatório médico com descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas à Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença

Hemograma completo com plaquetas

Dosagem sérica de ferritina

Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética de abdômen

Densitometria Óssea a partir dos 19 anos

Radiografia ou ressonância magnética de coluna vertebral, quadril e de ossos longos

Radiografia para a determinação da idade óssea (em crianças ou adolescentes com atraso ou parada de crescimento ou puberal atrasado)

Dosagem sérica- beta glicosidade ácida

Dosagem sérica- quitotriosidade

Sequenciamento do gene da beta glicosidade ácida

Eletroforese de proteínas



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos:** Penicilamina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Doença de Wilson

**CID 10:** : E83.0



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Relatório médico com descrição detalhada dos sinais e sintomas

Exames que comprovem a pontuação do Escore para diagnóstico da doença de Wilson, exemplo: TCD (Teste de Coombs Direto), Dosagem de cobre urinário, Concentração hepática de cobre, Laudo de biópsia hepática corado com rodanina, Dosagem sérica – Ceruloplasmina, Exame genético para análise de mutações cromossômicas, Ressonância magnética cerebral



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos:** Codeína, Gabapentina, Metadona, Morfina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Dor crônica

**CID 10:** : R52.1, R52.2



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)  
[Escala de dor LANSS \(link\)](#)

**ATENÇÃO:** Para uso de opióides, os pacientes deverão ser refratários aos demais fármacos

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**



**Medicamentos:** Beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, ipratrópio, prednisona, salbutamol, salbutamol/ipratrópio, salmeterol, salmeterol/fluticasona, teofilina, tiotrópio

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Doença pulmonar obstrutiva crônica

**CID 10:** : J41.,0, J41.1, J41.8, J42, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9

\* [Formulário de solicitação de medicamento DPOC \(link formulário\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Espirometria



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Medicamentos:** Danazol, Goserrelina, Leuprorrelina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Endometriose

**CID 10:** : N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Laparoscopia ou laparotomia com laudo descritivo ou resultado de exame anatomopatológico de biópsia peritoneal





## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Medicamentos:** Clobazan, Etossuximida, Gabapentina, Lamotrigina, Primidona, Topiramato, Vigabatrina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Epilepsia

**CID 10:** : G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\*Relatório médico com descrição das crises epiléticas conforme critérios de inclusão do PCDT:

- Pacientes que tenham apresentado duas crises epiléticas no intervalo mínimo de 24 horas;
- Pacientes que tenham apresentado uma crise e que tenham risco de recorrência de crises acima de 60%;
- Pacientes que tenham um diagnóstico estabelecido de uma síndrome epilética específica.

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos:** Riluzol

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Esclerose lateral amiotrófica

**CID 10:** G12.2



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Ressonância magnética do encéfalo

Eletroneuromiografia

Hemograma completo com plaquetas

Tempo de protrombina

Uréia/Creatinina

TGO/TGP



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Azatioprina, betainterferonas, fingolimode, glatiramer, natalizumabe

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Esclerose múltipla

**CID 10:** G35

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Ressonância magnética do encéfalo

[Escala expandida do estado de incapacidade \(EDSS\) \(link\)](#)

Sorologia anti-HIV

VDRL

TSH

Dosagem sérica de vitamina B12

\*\*\* Para o fingolimode acrescentar os exames:

Hemograma

TGO/TGP

Bilirrubinas

Relatório médico, contendo:

**A.** Justificativa para interrupção do uso ou motivo da não utilização de primeira linha:

1. Falha terapêutica à betainterferona ou ao glatirâmer ou à teriflunomida

2. Ausência de contraindicação ao uso do fingolimode

**B.** Forma de monitoramento da administração do fingolimode, considerando os cuidados preconizados no PCDT da Esclerose Múltipla.

\*\*\* Para o Natalizumabe acrescentar os exames:

Hemograma

Radiografia do tórax

Relatório médico, contendo:

1. Falha terapêutica ou contraindicação ao fingolimode;

2. Se o paciente está sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses;

3. Se paciente não foi diagnosticado com micose sistêmica nos últimos 6 meses, herpes grave nos últimos 3 meses, infecção por HIV, qualquer outra infecção oportunista nos últimos 3 meses ou infecção atual ativa.



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Azatioprina, ciclofosfamida, metotrexato,  
Sildenafil 25mg e 50mg

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Esclerose sistêmica

**CID 10:** M34.0, M34.1, M34.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Relatório médico com descrição detalhada dos sinais de diagnóstico

Beta-HCG ou relatório de esterilização para mulheres em idade fértil

\*\*\* Para metotrexato e penicilamina acrescentar os exames:

Hemograma completo com plaquetas

TGO/TGP

Ureia/ Creatinina

Urina 1





## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamento:** Metotrexato, Naproxeno, Sulfassalazina

**Imunobiológicos:** Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe, Golimumabe

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Espondilite anquilosante

**CID 10:** M45, M46.8



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

VHS (Velocidade de hemossedimentação)

Proteína C reativa

Hemograma completo com plaquetas

Creatinina

TGO/TGP

Laudo/relatório médico de Radiografia ou Ressonância Magnética de articulações ou HLA-B27.

\*\*\* Para os imunobiológicos acrescentar os exames:

Sorologias: anti HCV, anti HIV, anti HbsAG

Prova de Mantoux – PPD (teste tuberculínico)

Radiografia de tórax



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Fórmula de aminoácidos isenta de fenilalanina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Fenilcetonúria

**CID 10:** E70.0, E70.1

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Dosagem sérica de fenilalanina, ( se o resultado for menor que 10mg/dl (600micromol/L) repetir o exame nas próximas três semanas, em dieta normal, antes de solicitar o medicamento)

\*\*\* Não é necessário apresentar termo de esclarecimento e responsabilidade



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Medicamento:** Deferasirox, deferriprona, desferroxamina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Sobrecarga de ferro

**CID 10:** E83.1, T45.4

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

\* Um dos itens abaixo:

Ferritina sérica acima de 1.000ng/mL

Biópsia hepática ou ressonância magnética

\*\*Para **DEFERASIROX** acrescentar:

Creatinina

Proteúria 24h

TGO/TGP

\*\*\*Para **DEFERROXAMINA** acrescentar:

Laudo de avaliação de acuidade visual e auditiva

\*\*\*Para **DEFERIPRONA** acrescentar: Hemograma



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Acetazolamida, Bimatoprost, Brimonidina, Brinzolamida, Dorzolamida, Latanoprost, Pilocarpina, Timolol, Travoprost

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Glaucoma

**CID 10:** H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames **ou** relatório médico, elaborado por médico oftalmologista, contendo o resultado:

Tonometria (PIO)

Campimetria **ou** avaliação de fundo de olho





## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Azatioprina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Hepatite autoimune

**CID 10:** K75.4

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Relatório médico descrevendo o diagnóstico definido ou provável de Hepatite Autoimune (HAI) segundo o Escore Revisado e adaptado para o Diagnóstico de Hepatite Autoimune (ERDHAI) ou, se houver outras doenças autoimunes concomitantes, os critérios simplificados;e

Dosagem sérica –TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética) 10 vezes acima do valor normal ou;

Dosagem sérica –TGP(Transaminase Glutâmico Pirúvica) 5vezes acima do valor normal associado a gamaglobulina 2 vezes acima do valor normal ou;

Relatório médico descrevendo: pontuação no índice de atividade histológica maior ou igual a 4 ou hepatite de interface, necrose em ponte ou multilobular à histologia ou cirrose com atividade inflamatória ou sintomas constitucionais incapacitantes.

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Medicamento:** Entecavir, tenofovir, Lamivudina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Hepatite B

**CID 10:** B18.0, B18.1

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

Relatório médico com informações que justifiquem a indicação do tratamento



## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**



**Medicamento:** Daclatasvir, Ribavirina, Simeprevir, Sofosbuvir, Ledipasvir, Ombitasvir, Veruprevir, Ritonavir, Dasabuvir, Elbasvir, Gazoprevir, Alfaepoetina, Filgrastim

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Hepatite C

**CID 10:** B17.1, B18.2,

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

[\\* Relatório médico específico para Hepatite C- modelo padrão SES/SP \(link\)](#)

\* Cópia dos exames:

### **HEPATITE C AGUDA B17.1**

\* Exame HCV-RNA quantitativo realizado até 90 dias após o início dos sintomas ou data da exposição

\* Genotipagem: realizada até 90 dias após o início dos sintomas ou da data de exposição (obrigatório o subgenotipagem para genótipo 1)

\* Beta- HCG para mulheres em idade fértil, realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documentos de esterilização

#### **PARA OS CASOS DE COINFECÇÃO HCV/HIV**

\* Número da ficha de notificação de HIV/AIDS do Sinan

### **HEPATITE C CRÔNICA B18.2**

\* Exame HCV-RNA quantitativo realizado nos últimos 12 meses

\* Genotipagem: em qualquer momento (obrigatório subgenotipagem para genótipo 1)

\* Beta- HCG para mulheres em idade fértil, realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documentos de esterilização

\* Adicionalmente:

#### **PARA OS CASOS DE CIRROSE HEPÁTICA**

O estadiamento poderá ser realizado por qualquer um dos métodos abaixo:

\* Cálculo dos escores APRI ou FIB4;

\* Elastografia hepática em qualquer momento;

\* Biópsia hepática em qualquer momento.

#### **PARA OS CASOS DE COINFECÇÃO HCV/HIV**

\* Número da ficha de notificação de HIV/AIDS do Sinan

### **PARA ALFAEPOETINA E FILGASTRIM**

\* Hemograma

\*\*\* Não é necessário apresentar termo de esclarecimento e responsabilidade



## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**Medicamento:** Fludrocortisona

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Hiperplasia adrenal congênita

**CID 10:** E25.0



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Dosagem sérica – 17 Alfa Hidroxi Progesterona;

Dosagem sérica sódio e potássio **ou** dosagem sérica de renina e aldosterona



## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**



**Medicamentos:** Bromocriptina 2,5mg, Cabergolina 0,5mg

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Hiperprolactinemia

**CID 10:** E22.1

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Dosagem sérica de prolactina

TGO/TGP

Creatinina



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Ambrisentana (5mg e 10mg), Bosentana (62,5mg e 125mg),  
Sildenafil (20mg)

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Hipertensão arterial pulmonar

**CID 10:** I27.0, I27.2, I27.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Laudo do cateterismo cardíaco direito

Laudo do teste de caminhada de 6 minutos

Beta-HCG ou documento de esterilização para mulheres em idade fértil

Para AMBRISENTANA E BOSENTANA acrescentar:

TGO/TGP

Hemograma



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Calcitriol 0,25mg

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Hipoparatiroidismo

**CID 10:** E20.0, E20.1, E20.8, E89.2

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

- \* Receita médica em 2 vias
- \* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência
- \* Cópia dos exames:
  - Dosagem sérica de cálcio **ou** cálcio iônico
  - Dosagem sérica de PTH (paratormônio)
  - Magnésio/ fósforo
  - Dosagem de cálcio na urina (24h)

\*\*\* Não é necessário apresentar termo de esclarecimento e responsabilidade

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Acitretina 10mg e 25mg

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Ictioses

**CID 10:** Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias (Notificação de receitas especial para retinóides)

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(Link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

TGO/TGP

Fosfatase alcalina

Bilirrubinas

GamaGT

Colesterol total e frações

Triglicerídeos

Uréia e Creatinina

Glicemia de jejum

Beta-HCG ou relatório de esterilização para mulheres em idade fértil

Urina tipo I

Radiografia de mãos e punhos com idade óssea (somente para crianças)

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Imunoglobulina humana

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Imunodeficiência Primária com Predominância de Defeitos de Anticorpos

**CID 10:** D80.0, D80.1, D80.3, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.3, D81.4, D81.5, D81.6, D81.7, D81.8, D82.0, D82.1, D83.0, D83.2, D83.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Avaliação da síntese de anticorpos

Uréia/Creatinina

TGO/TGP

Tempo de protrombina

Albumina

Concentração sérica das imunoglobulinas (IgG total, IgA, IgM);

Laudo médico ou exames que comprovem a ocorrência de infecções típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos.

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Imunoglobulina anti RH

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Prevenção da Isoimunização Rh em Gestantes

**CID 10:** O36.0

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Tipagem sanguínea com fator RH

Resultado do Coombs indireto

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos:** Pancreatina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Insuficiência pancreática exócrina

**CID 10:** K86.0, K86.1, K90.3



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Pesquisa qualitativa de gordura fecal ou dosagem de excreção fecal de gorduras em 72h

Um dos itens abaixo:

Radiografia de abdômem

Ultrassonografia de abdômem

Tomografia computadorizada de abdômem

Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

Ressonância magnética das vias biliares

Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total

*Para pacientes com câncer pancreático, ressecções pancreáticas por outras indicações:*

\*Laudo médico indicando a presença de esteatorreia





## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Azatioprina, Cloroquina, Ciclosporina, Ciclofosfamida, Danazol, Hidroxicloroquina, Metotrexato

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Lúpus eritematoso sistêmico

**CID 10:** L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

\* Relatório médico contendo sinais e sintomas, formas de manifestação da doença e tratamentos prévios

**PARA AZATIOPRINA E CICLOFOSFAMIDA**, acrescentar: Beta-HCG ou relatório de esterilização para mulheres em idade fértil

**PARA CICLOSPORINA**, acrescentar: Creatinina e Beta-HCG ou relatório de esterilização para mulheres em idade fértil

**PARA METOTREXATE**, acrescentar:

Hemograma completo com plaquetas

Uréia e creatinina

TGO/TGP

Fosfatase alcalina

Beta-HCG ou relatório de esterilização para mulheres em idade fértil



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Azatioprina, Ciclosporina, Imunoglobulina humana, Piridostigmina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Miastenia gravis

**CID 10:** G70.0

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Eletroneuromiografia ou Pesquisa de Anticorpo Antirreceptor de Ach (Acetilcolina)

Descrição do quadro clínico do paciente

\*\*\* A Piridostigmina não exige preenchimento do termo de esclarecimento e responsabilidade

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos:** Gosserrrelina, Leuprorrelina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Leiomioma do útero

**CID 10:** D25.0, D25.1, D25.2



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Ultrassonografia **ou** laparoscopia do útero

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Medicamento:** Filgrastim

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Anemia Aplástica, Mielodisplasia e Neutropenias Constitucionais

**CID 10:** D46.0, D46.1, D46.7, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Hemograma

*\*\*\* Não é necessário apresentar o termo de esclarecimento e responsabilidade*



## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**



**PIRACICABA**  
Prefeitura do Município

**Medicamentos:** Calcitonina, Calcitriol, Pamidronato, Raloxifeno, Risedronato

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Osteoporose

**CID 10:** M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.5, M81.6, M81.8, M82.0, M82.1, M82.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Densitometria óssea ou Radiografia de fêmur, quadril ou vértebra, evidenciando fratura

**PARA RISEDRONATO**, acrescentar:

Clearance de creatinina

Dosagem sérica de cálcio

Beta-HCG para mulheres em idade fértil





## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**



**Medicamento:** Amantadina 100mg, Entacapone 200mg,  
Pramipexol (0,125mg/0,25mg/1mg), Selegilina 5mg, Clozapina 25mg

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Doença de Parkinson

**CID 10:** G20

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Relatório médico com descrição clínica detalhada

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamento:** Acitretina, calcipotriol, ciclosporina, clobetasol, metotrexato

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Psoríase

**CID 10:** L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, L44.0

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias (ACITRETINA = Notificação de receitas especial para retinóides e anexos da Portaria 344/1998)

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(Link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

TGO/TGP

Uréia e Creatinina

Beta-HCG ou relatório de esterilização para mulheres em idade fértil

Urina tipo I

**PARA ACITRETINA**, acrescentar:

Fosfatase alcalina

Bilirrubinas

GamaGT

Colesterol total e frações

Triglicerídeos

Glicemia de jejum

Hemograma

VHS ( velocidade de hemossedimentação)

Radiografia de mãos e punhos (somente para crianças)

**PARA CICLOSPORINA**, acrescentar:

Magnésio, cálcio e potássio

Ácido úrico

Hemograma

Perfil lipídico

**PARA METOTREXATE**, acrescentar:

Hemograma

VHS

Glicemia de jejum

Fosfatase alcalina

GamaGT

Albumina

Anti-HCV, Anti- HIV e Hbs-AG

\*\*\* Para o calcipotriol e o clobetasol necessários apenas o exames:

Dosagem sérica de cálcio



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos:** Gosserrelina, Leuprorrelina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Puberdade precoce

**CID 10:** E22.8



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Dosagem sérica de LH (Hormônio Luteinizante)

Radiografia de mãos e punhos com idade óssea.



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos:** Azatioprina, Ciclofosfamida, Danazol, Imunoglobulina humana

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Púrpura Trombocitopênica Idiopática

**CID 10:** D69.3



**PIRACICABA**  
Prefeitura do Município

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

[\\* Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Hemograma



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



**Medicamentos:** Azatioprina, Ciclosporina, Mesalazina, Sulfassalazina 500mg  
(mesalazina disponível nas formas cp 400mg, 500mg e 800mg/ supositório 250mg, 500mg e 1g/Enema 3g)

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Retocolite ulcerativa

**CID 10:** K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

[\\* Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Comprovação endoscópica ou radiológica ou cirúrgica ou anatomopatológica da doença.

Hemograma

TGO/TGP

Uréia e Creatinina

Urina I

\*\*\* Para Ciclosporina acrescentar os exames: ácido úrico, magnésio, potássio e perfil lipídico





## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Medicamentos:** Imunoglobulina humana

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Síndrome de Guillain-Barré

**CID 10:** G61.0

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Relatório médico com descrição clínica da progressão dos sinais e sintomas, relato de doenças existentes e uso de medicamentos

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Medicamentos:** Somatropina

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Síndrome de Turner

**CID 10:** Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Cariótipo

TSH/T4

\*\**Para pacientes com idade entre 2 e 5 anos:* Curva de crescimento OMS (Organização Mundial da Saúde)

\*\**Para pacientes com idade acima de 5 anos:* Curva de crescimento do National Center for Health Statistics (NCHS) e laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Medicamentos:** Espiramicina, pirimetamina, sulfadiazina, ácido fólico

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Toxoplasmose gestacional

**CID 10:** B58

[\\* LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Resultado de Sorologia para Toxoplasmose com IgM e IgG



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS



PIRACICABA  
Prefeitura do Município

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Imunossupressão em transplantes

### **Medicamentos:**

**Azatioprina/Ciclosporina:** Z94.0; Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.8, T86.1, T86.4

**Micofenolato de mofetila/ Micofenolato de sódio:** Z94.0, Z94.1, Z94.4, T86.1, T86.4

**Tacrolimo:** T86.1, T86.4, Z94.0, Z94.4

**Everolimo:** T86.1, T86.4, Z94.0, Z94.4

**Sirolimo:** T86.1, Z94.0

\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Relatório médico contendo: data do transplante se doador vivo ou falecido, e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados

\*\*\* Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e paciente apenas em Tx Renal  
([link termo](#))



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Esquizofrenia Refratária

**Medicamentos:** Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprazidona

**CID 10:** F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Escala BPRS-A (Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Ancorada); à critério do médico prescritor

Perfil lipídico

Glicemia de jejum

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Transtorno afetivo bipolar do Tipo I

**Medicamentos:** Clozapina, Lamotrigina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona

**CID 10:** F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* Cópia dos exames:

Relatório médico com descrição do quadro clínico

Hemograma

Perfil lipídico

Glicemia de jejum

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

**Patologia contemplada pelo PCDT:** Transtorno esquizoafetivo

**Medicamentos:** Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprazidona

**CID 10:** F25.0, F25.1, F25.2



\* [LME preenchida pelo médico \(link LME\)](#)

\* Receita médica em 2 vias

\* Cópia dos documentos pessoais do paciente: CPF, RG, cartão do SUS e Comprovante de residência

\* [Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico e pelo paciente \(link termo\)](#)

\* Cópia dos exames:

Escala BPRS-A (Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Ancorada);

Perfil lipídico

Glicemia de jejum



