



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

### DISTÚRBO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA – CID-10: N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N25.0

#### MEDICAMENTOS

- Calcitriol 0,25 Mcg Cap;
- Cinacalcete 30 Mg Comp;
- Cinacalcete 60 Mg Comp;
- Desferroxamina 500 Mg Pó Liof Inj (Fr-Amp);
- Paricalcitol 5 Mcg/MI Sol Inj (Amp);
- Sevelamer 800 Mg Comp;

#### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

#### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO	RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	REAVLIAÇÃO (TROCA, AUMENTO OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LME</b> – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li> <li>• <b>Prescrição Médica</b></li> <li>• <b>Relatório Médico</b> constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico (Informar estágio da doença e se o paciente está em Terapia Renal Substitutiva); Características clínicas e evolução; Indicação e tempo de tratamento; e Tratamentos prévios e outras informações pertinentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LME</b> – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li> <li>• <b>Prescrição Médica</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LME</b> – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li> <li>• <b>Prescrição Médica</b></li> <li>• <b>Relatório Médico</b> constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico (Informar estágio da doença e se o paciente está em Terapia Renal Substitutiva); Características clínicas e evolução; Indicação e tempo de tratamento; e Tratamentos prévios e outras informações pertinentes</li> </ul>

#### OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- **Para Cinacalcete:** Relato médico informando os tratamentos prévios e indicar se o paciente realiza terapia renal substitutiva, em programa regular de diálise.
- **Para Paricalcitol:** Relato médico informando os tratamentos prévios e indicar se o paciente realiza terapia renal substitutiva.
- **Para Sevelamer:** Descrição clínica informando se está em acompanhamento com nutricionista e realizando com adesão dieta pobre em fósforo; os tratamentos prévios, uso de quelantes à base de cálcio ou contra-indicação ao uso destes; se o paciente se encontra em programa regular de diálise;
- **Para Calcitriol:** Relato médico informando os tratamentos prévios; se o paciente realiza terapia renal substitutiva, ou foi submetido a paratireoidectomia.

#### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

##### PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

Para **DEFERROXAMINA** apresentar:

- Cópia do exame de dosagem de Alumínio Sérico OU Teste de Desferroxamina (válido 3 meses);
- Cópia do exame de Creatinina sérica (válido 6 meses);
- Avaliações oftalmológicas e otorrinolaringológicas;

Para **CALCITRIOL, CINACALCETE, PARICALCITOL E SEVELAMER** apresentar:

- Cópia do exame de dosagem sérica de Fósforo (válido 30 dias);  
– Se tratamento **Conservador**, Fósforo (válido 3 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico OU cálcio iônico (válido 30 dias);  
– Se tratamento **Conservador**, Cálcio total sérico OU cálcio iônico (válido 3 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH) (válido 3 meses);

- Se tratamento **Conservador**, Paratohormônio (PTH) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina (válido 3 meses);
  - Se tratamento **Conservador**, Fosfatase alcalina (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D (válido 6 meses);
  - Se tratamento **Conservador**, 25-hidroxivitamina D (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica (válido 6 meses);
  - Se tratamento **Conservador**, Albumina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Creatinina sérica (válido 1 ano);
  - Se tratamento **Conservador**, Creatinina sérica (válido 1 ano);

#### RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

- A critério do avaliador

#### REAVALIAÇÃO (TROCA, AUMENTO OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

Para **DESFERROXAMINA** apresentar:

- Cópia do exame de dosagem de Alumínio Sérico OU Teste de Desferroxamina (válido 3 meses);
- Cópia do exame de Creatinina sérica (válido 6 meses);
- Avaliações oftalmológicas e otorrinolaringológicas;

Para **CALCITRIOL, CINACALCETE, PARICALCITOL E SEVELAMER** apresentar:

- Cópia do exame de dosagem sérica de Fósforo (válido 30 dias);
  - Se tratamento **Conservador**, Fósforo (válido 3 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico OU cálcio iônico (válido 30 dias);
  - Se tratamento **Conservador**, Cálcio total sérico OU cálcio iônico (válido 3 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH) (válido 3 meses);
  - Se tratamento **Conservador**, Paratohormônio (PTH) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina (válido 3 meses);
  - Se tratamento **Conservador**, Fosfatase alcalina (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D (válido 6 meses);
  - Se tratamento **Conservador**, 25-hidroxivitamina D (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica (válido 6 meses);
  - Se tratamento **Conservador**, Albumina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Creatinina sérica (válido 1 ano);
  - Se tratamento **Conservador**, Creatinina sérica (válido 1 ano);

#### OBSERVAÇÕES

- Calcitriol indicado para tratamento conservador ou diálise peritoneal;



Atualizado em 13/03/2023

