

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## FIBROSE CÍSTICA

### MANIFESTAÇÕES PULMONARES

ALFADORNASE, TOBRAMICINA INALATÓRIA, IVACAFTOR, ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR  
E84.0, E84.8

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).  
Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS
2. **RECEITA MÉDICA**, pelo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**.
4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
  - ✓ **PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:**
  - ✓ Relatório médico descritivo do diagnóstico clínico de fibrose cística;
  - ✓ Cópia do exame de dosagem quantitativa de cloretos no suor;
  - ✓ Cópia do teste de sequenciamento do gene CFTR (necessário se dosagem de cloro menor que 60mmol/L);
  - ✓ Espirometria (a partir dos 5 anos de idade, se possível);
  - ✓ Laudo de radiografia de tórax e/ou tomografia de tórax (a critério médico).
  - ✓ **PARA TOBRAMICINA:**
  - ✓ Cópia do exame de cultura de secreção respiratória identificando a presença de *Pseudomonas aeruginosa*.
  - ✓ **PARA IVACAFTOR:**
  - ✓ Os pacientes também devem apresentar idade igual ou maior do que 6 anos, pelo menos 25 kg de peso corporal e uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R;
  - ✓ Hemograma completo, ALT/TGP, AST/TGO, GGT, bilirrubinas, CPK, Tempo de atividade da protrombina.
  - ✓ **PARA ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR :**
  - ✓ Os pacientes também devem apresentar idade igual ou maior do que 6 anos de idade e pelo menos uma mutação F508del no gene CFTR;
  - ✓ Hemograma completo, ALT/TGP, AST/TGO, GGT, bilirrubinas, CPK, Tempo de atividade da protrombina.
5. **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS**.  
Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## FIBROSE CÍSTICA

### MANIFESTAÇÕES PULMONARES

ALFADORNASE, TOBRAMICINA INALATÓRIA, IVACAFTOR, ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR  
E84.0, E84.8

6. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

- **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar nome genérico do(s) medicamento(s)- não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.