



Para os medicamentos e doenças abaixo relacionados é necessário a monitorização periódica do tratamento, apresentando documentos e exames conforme definido nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

DOENÇA	MEDICAMENTOS	DOCUMENTOS E EXAMES	PERIODICIDADE
Acne Grave	Isotretinoína	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Notificação de receita</li><li>– Dosagem de triglicérides (validade 3 meses)</li><li>– TGO e TGP (validade 3 meses)</li><li>– Colesterol total e frações (validade 3 meses)</li><li>– Para mulheres em idade fértil: <math>\beta</math>-hCG (validade 15 dias)</li></ul>	<p><math>\beta</math>-hCG, a cada dispensação</p> <p>Para os demais: a cada 6 meses</p>
Anemia na Doença Renal Crônica	Alfaepoetina	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Hemograma (validade 1 mês)</li></ul>	A cada 6 meses
	Sacarato Hidróxido Férrico	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Ferritina (validade 3 meses)</li><li>– IST (validade 3 meses)</li></ul>	A cada 6 meses
Deficiência do Hormônio de Crescimento	Somatropina	<b>Crianças e adolescentes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Formulário Específico: Deficiência do Hormônio de Crescimento em Crianças e Adolescentes - Monitoramento do Tratamento</li></ul>	A cada 6 meses
	Somatropina	<b>Adultos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Formulário Específico: Deficiência do Hormônio de Crescimento em Adultos - Monitoramento do Tratamento</li><li>– Colesterol total e frações; Triglicérides; Glicemia em jejum e IGF-1 (validade 6 meses)</li><li>– Densitometria óssea (validade 6 meses)</li></ul>	A cada 12 meses
Diabetes Mellitus tipo I	Insulina Glargina	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Formulário Específico: Insulina Glargina - Monitoramento do Tratamento</li><li>– Hemoglobina glicada (validade 3 meses)</li></ul>	A cada 6 meses



DOENÇA	MEDICAMENTOS	DOCUMENTOS E EXAMES	PERIODICIDADE
<b>Distonias e Espasticidades</b>	Toxina Botulínica tipo A	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Planejamento de aplicações <b>ou</b> Relatório Médico informando as unidades a serem aplicadas por músculo/grupo muscular, intervalo das aplicações e data da próxima aplicação</li><li>– Para mulheres em idade fértil: <math>\beta</math>-hCG (validade 15 dias)</li></ul>	Sempre que for solicitado o medicamento (intervalo mínimo de 3 meses)  $\beta$ -hCG, a cada dispensação
<b>Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica</b>	Paricalcitol Calcitriol	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– PTH (validade 6 meses)</li><li>– Cálcio e Fósforo (validade 3 meses)</li></ul>	A cada 6 meses
	Cinacalcete	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– PTH (validade 6 meses)</li><li>– Cálcio (validade 3 meses)</li></ul>	A cada 6 meses
	Sevelâmer	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Fósforo (validade 3 meses)</li></ul>	A cada 6 meses
<b>Doença de Gaucher</b>	Imiglucerase Alfaglucerase Alfavelglucerase Miglustate	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Formulário Específico: Doença de Gaucher - Monitoramento do Tratamento</li><li>– Hemograma (validade 3 meses)</li><li>– Ferritina e Tempo de protrombina (validade 3 meses)</li><li>– TGO, TGP e GGT (validade 3 meses)</li><li>– Laudo de Ultrassonografia ou ressonância magnética de abdômen (em casos de aumento da dose da enzima)</li><li>– Densitometria óssea a partir dos 19 anos (em casos de monitorização de osteoporose pré-existente)</li><li>– Laudo de Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em anteroposterior e de ossos longos (se houver piora de sintomatologia óssea)</li><li>– Laudo de Radiografia para determinação da idade óssea (em crianças ou adolescentes com atraso/parada de crescimento, ou com desenvolvimento puberal atrasado, ou para confirmar a fase de crescimento)</li><li>– Dosagem de vitamina B<sub>12</sub> (na presença de anemia ou de manifestações clínicas sugestivas de deficiência) (validade 3 meses)</li></ul>	A cada 12 meses



DOENÇA	MEDICAMENTOS	DOCUMENTOS E EXAMES	PERIODICIDADE
<b>Doença de Pompe</b>	Alfa- <i>glucosidase</i> ácida	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Formulário Específico: Doença de Pompe - Monitoramento do Tratamento</li></ul>	A cada 12 meses
<b>Esquizofrenia</b>	Clozapina	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Receita de Controle Especial Branca</li><li>– Hemograma com plaquetas (validade 1 mês) <u>ou</u> Guia de Liberação do Medicamento Clozapina</li></ul>	A cada 6 meses
<b>Fenilcetonúria</b>	Sapropterina	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Relatório médico informando se a paciente está em período periconcepcional ou gestante (indicar data provável do parto)</li></ul>	A cada 6 meses
<b>Hidradenite Supurativa</b>	Adalimumabe	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Formulário Específico: Hidradenite Supurativa - Monitoramento do Tratamento</li><li>– Hemograma (Validade 90 dias)</li><li>– TGO/ AST e TGP/ALT (Validade 90 dias)</li><li>– <math>\beta</math>-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)</li></ul>	A cada 6 meses
<b>Mucopolissacaridose Tipo I</b>	Laronidase	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Relatório médico com a evolução clínica do paciente</li><li>– Laudo médico de radiografias do crânio (perfil), coluna vertebral (perfil, incluindo região cervical), tórax (póstero-anterior), coxofemorais (póstero-anterior) e ambas as mãos (validade 6 meses)</li></ul>	A cada 12 meses
<b>Mucopolissacaridose Tipo II</b>	Idursulfase	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Dosagem de GAGs na urina (validade 6 meses)</li><li>– Laudo/relatório médico de radiografias do crânio (perfil), coluna vertebral (perfil, incluindo região cervical), tórax (póstero-anterior), coxofemorais (póstero-anterior) e ambas as mãos (validade 6 meses)</li></ul>	A cada 12 meses



DOENÇA	MEDICAMENTOS	DOCUMENTOS E EXAMES	PERIODICIDADE
<b>Mucopolissacaridose Tipo IV A</b>	Alfaelosulfase	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Relatório médico com Evolução clínica do paciente, Pressão arterial e Hepatimetria (exame físico)</li><li>– Dosagem de GAGS na urina (Validade 6 meses)</li><li>– Teste de caminhada de 6 minutos (TC6m) (Validade 6 meses)</li><li>– Espirometria (Validade 6 meses)</li><li>– Ecocardiograma (Validade 6 meses)</li><li>– Questionário de qualidade de vida SF-3 (validade 6 meses)</li></ul>	A cada 12 meses
<b>Mucopolissacaridose Tipo VI</b>	Galsulfase	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Relatório médico com Pressão arterial e Hepatimetria (exame físico)</li><li>– Dosagem de GAGS na urina (Validade 6 meses)</li><li>– Teste de caminhada de 12 minutos (TC12m) (Validade 6 meses)*</li><li>– Espirometria (Validade 6 meses)*</li><li>*Quando capazes de realizar</li></ul>	A cada 12 meses
<b>Mucopolissacaridose Tipo VII</b>	Alfavestronidase	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Relatório médico com Pressão arterial e Hepatimetria (exame físico)</li><li>– Dosagem de GAGS na urina (Validade 6 meses)</li><li>– Teste de caminhada de 6 minutos (TC6m), a partir de 3 anos (Validade 6 meses)*</li><li>– Espirometria, a partir de 6 anos (Validade 6 meses)*</li><li>– Avaliação da mobilidade articular (incluir flexão do ombro) – Relatório médico*</li><li>– Avaliação oftalmológica (acuidade visual, retina, córnea) – Relatório médico*</li><li>– PedsQL-Fadiga (a partir de 8 anos) – Instrumento preenchido pelo médico*</li><li>– *Quando capazes de realizar</li></ul>	A cada 12 meses
<b>Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia</b>	Enoxaparina	<ul style="list-style-type: none"><li>– LME - Solicitação</li><li>– Prescrição médica</li><li>– Formulário Específico: Tromboembolismo Venoso em Gestantes Com Trombofilia - Monitoramento do Tratamento</li><li>– Hemograma com plaquetas (validade 30 dias)</li><li>– Creatinina sérica (validade 3 meses)</li><li>– Laudo de um dos seguintes exames de comprovação do estado gestacional: Dosagem de <math>\beta</math>-hCG urinário, dosagem de <math>\beta</math>-hGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica</li></ul>	Laudo de comprovação do estado gestacional: a cada dispensação  Para os demais: a cada 6 meses



DOENÇA	MEDICAMENTOS	DOCUMENTOS E EXAMES	PERIODICIDADE
<b>Puberdade precoce</b>	Ciproterona Gosserrelina Leuporrelina Triptorrelina	– LME - Solicitação – Prescrição médica – Relatório médico com avaliação do estágio puberal	A cada 6 meses
<b>Síndrome de Turner</b>	Somatropina	– LME - Solicitação – Prescrição médica – Formulário Específico: Síndrome de Turner - Monitoramento do Tratamento	A cada 6 meses
<b>Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I</b>	Clozapina	– LME - Solicitação – Receita de Controle Especial Branca – Hemograma com plaquetas (validade 1 mês) <u>ou</u> Guia de Liberação do Medicamento Clozapina	A cada 6 meses

*Atualizado em 30/03/2023*