

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 23.04.2024)**PCDT: TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (Idade mínima: 5 anos)**  
**CID 10: F84.0; F84.1; F84.3; F84.5; F84.8****1. Medicamentos**

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Risperidona 1 mg/ml solução oral (frasco 30ml) | Risperidona 2 mg (por comprimido) |
| Risperidona 1 mg (por comprimido)              | Risperidona 3 mg (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 deseje 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**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- Laudo Médico**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos;
- 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**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- Laudo Médico**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos.

**2.3 Exames Obrigatórios****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações.
- Cópia do exame de Hemograma com contagem de plaquetas.
- Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos
- Cópia do exame de Glicemia de jejum.
- Cópia da avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril).
- Cópia da avaliação da pressão arterial (resultado de três aferições em datas diferentes).

O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- Cópia do exame de Hemograma com contagem de plaquetas.
- Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações.
- Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos



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

Cópia do exame de Glicemia de jejum.

### **3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que compõem a Rede de Atenção à Saúde Mental, regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### **4. Para receber os medicamentos**

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, receita médica atualizada, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

### **5. Observações:**

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Se por algum motivo não utilizar o medicamento, devolva-o ao Cedmex.
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 07, de 12 de abril de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo**.

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