

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 30/06/2023)**PCDT: SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS**
CID 10: E25.0, E28.0, E28.2, L68.0**1. Medicamentos**

Ciproterona 50 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;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, com descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente;
- () **Anexo I**;
- () **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;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, com descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente;

2.3 Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil .

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

- () Cópia do exame de Testosterona total (**anualmente**);



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

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na especialidade de **Ginecologia e/ou Endocrinologia**, 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, 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. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 6, de 2 de julho de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome de Ovários Policísticos**.

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