

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 30/06/2023)**PCDT: Transtorno esquizoafetivo**
CID 10: F25.0, F25.1, F25.2**1. Medicamentos**

Clozapina 25 mg (por comprimido)	Risperidona 1 mg (por comprimido)
Clozapina 100 mg (por comprimido)	Risperidona 2 mg (por comprimido)
Olanzapina 5 mg (por comprimido)	Risperidona 3 mg (por comprimido)
Olanzapina 10 mg (por comprimido)	Ziprasidona 40 mg (por cápsula)
Quetiapina 25 mg (por comprimido)	Ziprasidona 80 mg (por cápsula)
Quetiapina 100 mg (por comprimido)	
Quetiapina 200 mg (por comprimido)	
Quetiapina 300 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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos;
- () **Anexo I**;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

Para Clozapina

- () **Laudo Médico** com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS;

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**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos.

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

2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma com contagem de plaquetas. <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico. <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico. <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações. <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Glicemia de jejum.
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
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma com contagem de plaquetas. <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações. <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Glicemia de jejum.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que integram 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. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 07, de 14 de maio de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Transtorno Esquizoafetivo**.

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