

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS (Última revisão: 07/10/2022)

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

<ul style="list-style-type: none">✓ 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 deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).
--

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico

SOLICITAÇÃO INICIAL
<p>() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>() Prescrição médica devidamente preenchida, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>() Laudo Médico. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos;</p> <p>() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p>

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
<p>() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>() Prescrição médica devidamente preenchida, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>() Laudo Médico. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos.</p>

2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL
<p>() Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações.</p> <p>() Cópia do exame de Hemograma com contagem de plaquetas.</p> <p>() Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos</p> <p>() Cópia do exame de Glicemia de jejum.</p> <p>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.</p> <p>Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador</p>

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
<p>() Cópia do exame de Hemograma com contagem de plaquetas.</p> <p>() Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações.</p> <p>() Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos</p> <p>() Cópia do exame de Glicemia de jejum.</p>

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** sendo o médico especialista em **Psiquiatria ou Neurologia**, 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 ao Núcleo de Gestão do Componente Especializado.