

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos (Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Transtorno Afetivo Bipolar

CID-10: F31.1I F31.2 I F31.3 I F31.4I F31.5 I F31.6 I F31.7

1. Medicamentos Disponíveis:

- Clozapina 25mg e 100 mg (por comprimido)
- Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg (por comprimido)
- Olanzapina 5 mg e 10mg (por comprimido)
- Quetiapina 25 mg, 100mg, 200mg e 300mg (por comprimido)
- Risperidona 1 mg, 2mg e 3mg (por comprimido)

2. Documentos Necessários:

2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora** + RG e CPF do representante

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

Solicitação inicial
() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; () Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril) e Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes; () História familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e outras comorbidades; () Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento; () Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios; () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

SOLICITAÇÃO INICIAL:
Para todos os medicamentos: ☐ 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; ☐ Cópia do exame de Glicemia de jejum;
Para Lamotrigina: ☐ Cópia do exame de TGO ☐ Cópia do exame de TGP
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.

Para Adequação e/ou Renovação	
Para Lamotrigina: ☐ Cópia do Hemograma completo ☐ Cópia do exame de TGO ☐ Cópia do exame de TGP	Para Clozapina, Risperidona, Quetiapina, Olanzapina: ☐ Cópia do exame de Hemograma completo com plaquetas ☐ Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações ☐ Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos ☐ Cópia do exame de Glicemia de jejum

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam pacientes com transtorno esquizoafetivo deve seguir os critérios, normas e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS) e estejam regularizadas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de: • Documento de identificação com foto; • Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998; • Cartão do usuário.
--

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

5. Observações:

5.1. A resposta à Solicitação será emitida em **até 20 (vinte) dias úteis**;

5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente;

5.3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 315, de 30 de março de 2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Transtorno Afetivo Bipolar**;

5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**