

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 31/07/2024)**PCDT:** Transtorno esquizoafetivo
CID 10: F25.0, F25.1, F25.2**1. Medicamentos**

Clozapina 25 mg (por comprimido)	Quetiapina 200 mg (por comprimido)
Clozapina 100 mg (por comprimido)	Quetiapina 300 mg (por comprimido)
Olanzapina 5 mg (por comprimido)	Risperidona 1 mg (por comprimido)
Olanzapina 10 mg (por comprimido)	Risperidona 2 mg (por comprimido)
Quetiapina 25 mg (por comprimido)	Risperidona 3 mg (por comprimido)
Quetiapina 100 mg (por comprimido)	Ziprasidona 40 mg (por cápsula)
	Ziprasidona 80 mg (por cápsula)

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;
- () **Cópia da avaliação antropométrica** (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril) e 3 medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes;
- () **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 E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

- () **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.



2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL

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

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**.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

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