

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT:** COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO 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**

- ✓ 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 da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Prescrição médica devidamente preenchida**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Prescrição médica devidamente preenchida**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos.

2.3 Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações.
- () Cópia do exame de Hemograma com contagem de plaquetas.
- () Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos
- () Cópia do exame de Glicemia de jejum.
- () Cópia da avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
- () Cópia da avaliação da pressão arterial (resultado de três aferições em datas diferentes)

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

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () 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.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que compõem 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. Se por algum motivo não utilizar o medicamento, devolva-o a Farmácia Especializada da Paraíba.
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**.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o a Farmácia Especializada da Paraíba.