

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: Esquizofrenia Refratária

CID 10: F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8

1. Medicamentos

<ul style="list-style-type: none"> • Clozapina 100 mg, comprimido • Clozapina 25 mg, comprimido • Olanzapina 5 mg, comprimido • Olanzapina 10 mg, comprimido • Risperidona 1 mg, comprimido • Risperidona 2 mg, comprimido • Risperidona 3 mg, comprimido 	<ul style="list-style-type: none"> • Quetiapina 25 mg, comprimido • Quetiapina 100 mg, comprimido • Quetiapina 200 mg, comprimido • Quetiapina 300 mg, comprimido • Ziprasidona 40 mg, cápsula • Ziprasidona 80 mg, 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(s)).

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico**SOLICITAÇÃO INICIAL**

() **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;

() **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;

() **Laudo Médico**: 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**;

RENOVAÇÃO E ADEQUAÇÃO

() **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;

() **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;

() **Laudo Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, contendo o tempo da doença e os medicamentos utilizados.

2.3 Exames obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO****PARA CLOZAPINA:**

() Cópia do exame de Hemograma completo com contagem de plaquetas

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo 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

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que integrem a **Rede de Atenção à Saúde Mental**, regularizadas 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 SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Esquizofrenia**.

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 à Farmácia Especializada da Paraíba.**