



**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:** Esquizofrenia Refratária

**CID-10:** F20.0 | F20.1 | F20.2 | F20.3 | F20.4 | F20.5 | F20.6 | F20.8

**1. Medicamentos Disponíveis:**

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

**OBS: O PCDT DEIXA CLARO QUE É MONOTERAPIA PARA F20**

**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
- ( ) Receituário médico com posologia para 1 mês de tratamento
- ( ) 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**



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

**Renovação (a cada seis meses):**

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

**2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):****Solicitação Inicial:****Para todos os medicamentos:**

- Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
- Três medidas de pressão arterial em datas diferentes
- Cópia de colesterol total e frações e triglicerídeos
- Cópia da glicemia de jejum

**Para Clozapina:**

- Cópia do exame de Hemograma completo com contagem de plaquetas
- Resultado da avaliação de hematologista para paciente com citopenia com indicação de início de tratamento com clozapina
- Resultado de parecer de neurologista sobre o início de tratamento com clozapina para os pacientes com convulsões ou retardo mental, em caso de epilepsia procedendo o diagnóstico de esquizofrenia

O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou interromper o tratamento.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo avaliador.

**PARA ADEQUAÇÃO E/OU RENOVAÇÃO****Para todos os medicamentos:**

- Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
- Três medidas de pressão arterial em datas diferentes
- Cópia de colesterol total e frações e triglicerídeos
- Cópia da glicemia de jejum

**Para Clozapina:**

- Cópia do exame de Hemograma completo com contagem de plaquetas

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

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na **Unidades de Saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde Mental** 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
- Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

### 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 ser emitidos com todos os campos 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 SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Esquizofrenia**.

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**