

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT:** TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**CID 10:** F31.1; F31.2; F31.3; F31.4; F31.5; F31.6; F31.7**1. Medicamentos**

Clozapina 25mg (por comprimido)	Quetiapina 25 mg (por comprimido)
Clozapina 100mg (por comprimido)	Quetiapina 100 mg (por comprimido)
Lamotrigina 25 mg (por comprimido)	Quetiapina 200 mg (por comprimido)
Lamotrigina 50 mg (por comprimido)	Quetiapina 300 mg (por comprimido)
Lamotrigina 100 mg (por comprimido)	Risperidona 1 mg (por comprimido)
Olanzapina 5 mg (por comprimido)	Risperidona 2 mg (por comprimido)
Olanzapina 10 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**, 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;
- () **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**, 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 E PARA ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO**

Para Lamotrigina: () Cópia do exame de TGO () Cópia do exame de TGP.	Para Clozapina () Cópia do exame de Hemograma completo com plaquetas
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

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que **integrem 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 315, de 30 de março de 2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Transtorno Afetivo Bipolar**.

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.