

## Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos (Última revisão: 30/07/2025)

**PCDT:** 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 1 mg, 2mg e 3mg ( comprimido)

### 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;
- ( ) **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 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

- ( ) 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

### 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 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 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**..

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**

