

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: DOR CRÔNICA

CID 10: R52.1; R52.2

1. Medicamentos Disponíveis:

- Codeína 30mg e 60mg (por comprimido)
- Codeína 3mg/ml solução oral (frasco com 120ml)
- Metadona 5mg e 10mg (por comprimido)
- Gabapentina 300mg e 400mg (por cápsula)
- Morfina 10mg/ml (solução injetável)
- Morfina 10mg e 30mg (por comprimido)

Observação:

- Naproxeno 250mg e 500mg - diagnóstico de osteoartrite de joelho ou de quadril:
M16.0, M16.1, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9

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
- () **ESCALA DE DOR LANSS**
- () Descrição clínica dos sinais e sintoma e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

***RECEITA:** Para Metadona, Morfina e Codeína (acima de 100mg a dose) a receita será a Receita do tipo A (Receita amarela)

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 Morfina:**

() Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

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 (a cada seis meses):**Para todos os medicamentos:**

() Laudo justificando aumento de dose - **nos casos de adequação**

Para Morfina:

() Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na **especialidade referente a patologia** 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

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

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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria 879, de 12 de julho de 2016, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Dor Crônica**.

5.4 O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil. PARA: MORFINA**

5.5. 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**