



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: Transtorno esquizoafetivo

CID 10: F25.0 | F25.1 | F25.2

1. Medicamentos Disponíveis:

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

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;

() **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. Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS;

() Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril) e Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes;

() Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento;

() Cópia da folha de resposta da escala BPRS-A;

() Cópia do resultado das escalas de humor o (Patient Health Questionnaire PHQ, Escala de Mania de Young);



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

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):

Para solicitação Inicial :

- Cópia do exame de Hemograma com contagem de plaquetas
- Cópia do exame de dosagem de sódio sérico
- Cópia do exame de dosagem de potássio sérico
- Cópia do exame de dosagem de Colesterol total e Frações
- Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos
- Cópia do exame de Glicemia de jejum

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 atendam pacientes com transtorno esquizoafetivo deve seguir os critérios, normas e diretrizes **estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS)** e estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).



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

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 estar 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 14 de maio de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do **Transtorno Esquizoafetivo**;

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**