

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: DOENÇA DE ALZHEIMER
CID: F00.0,F00.1,F00.2,G30.0,G30.1,G30.8
Produto: GALANTAMINA 16 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A, DONEPEZILA 10 MG COMP GRUPO 1.A, DONEPEZILA 5 MG COMP GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 1.B , RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1.A, GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A, GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A, RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de contagem de Plaquetas	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de TSH	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12	Sim	Sim
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)	Sim	Sim
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do encéfalo	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia da Escala Clínica de Avaliação de Demência (CDR)	Sim	Sim
Cópia do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	Sim	Sim
Descrição clínica dos sinais e sintomas e se paciente possui outras doenças concomitante	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: DOENÇA DE ALZHEIMER

CID: F00.0,F00.1,F00.2,G30.0,G30.1,G30.8

Produto:

A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.

Exames

Cópia do exame de HIV em pacientes com menos de 60 anos