

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

PCDT: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
CID: J44.0,J44.1,J44.8
Produto: BUDESONIDA 400 MCG CAP INAL GRUPO 2 , BUDESONIDA 200 MCG PÓ INAL OU AER BUCAL (FR DE 100 DOSES) GRUPO 2 , BUDESONIDA 200 MCG PÓ INAL OU AER BUCAL (FR DE 200 DOSES) GRUPO 2 , BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL GRUPO 2

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica dos sinais e sintomas respiratórios, o estágio da DPOC, se paciente é tabagista, as doenças concomitantes, e o número de exacerbações moderadas a grave no ano anterior que exijam tratamento com antibiótico e corticosteroide	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	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