

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

PCDT: DOR CRÔNICA

CID: R52.1,R52.2

Produto: MORFINA 10 MG COMP GRUPO 2 , CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2 , CODEÍNA 60 MG COMP GRUPO 2 , METADONA 10 MG COMP GRUPO 2 , METADONA 5 MG COMP GRUPO 2 , MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2 , CODEÍNA 30 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 2 , CODEÍNA 3 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 2 , METADONA 10 MG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 2 , MORFINA 10 MG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 2 , MORFINA 10 MG/ML SOL ORAL (FR) 60 ML GRUPO 2 , MORFINA 100 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2 , MORFINA 60 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2 , MORFINA 30 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2 , GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2 , GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas, a escala de dor da Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS), a classificação de dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde especificando o degrau do tratamento para pacientes com dor nociceptiva ou mista e o score da escala visual analógica de dor (EVA)

Nova Solicitação Adequação

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