

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

PCDT: TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO
CID: F25.0,F25.1,F25.2
Produto: OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
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	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

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

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.

Documentos

Cópia da folha de resposta da escala BPR-S

"Para paciente com pacientes com tumor ou história de tumor cerebral ou de mama, epilepsia ou condições que baixem o limiar convulsivante; em pacientes com glaucoma, íleo paralítico ou história de íleo paralítico, hiperplasia prostática significativa, doença cardíaca ou cerebrovascular ou condições que predisponem à hipotensão, em pessoas em risco de pneumonia de aspiração, risco de suicídio; em pacientes com história de síndrome neuroléptica maligna, gestante ou situação de potencial gravidez ou lactação; idade inferior a 18 anos; obesidade, cintura com mais de 94 cm, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes melito ou resistência insulínica (síndrome metabólica): Consentimento, por escrito, do médico assistente, dando ciência da avaliação do risco benefício no paciente"