

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

PCDT: TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO 1
CID: F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7
Produto: OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A, OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios realizados	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 de CPF	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Documentos Responsável		
Cópia de documento de identidade do Responsável	Sim	Não
Cópia de CPF do Responsável	Sim	Não
Cópia de Comprovante de Residência do Responsável	Sim	Não