



Elaboração: 2016	Última revisão: 08/2024	Próxima Revisão: 08/2025	Revisão: 5
ESQUIZOFRENIA CID 10: F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8 Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013 CID 10: F20.0; F20.1, F20.2; F20.3; F20.5; F20.6; F20.8; F20.9 NORMA TÉCNICA SES/PE Nº 24/2013			

Informações Gerais
Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

Medicamentos - NT	Medicamentos CEAF - PCDT
Aripripazol 15 e 30 mg, comprimido; Palmitato de paliperidona 75 mg, 100 e 150 mg (seringa preenchida);	Clozapina 25 e 100 mg, comprimido; Olanzapina 5 e 10 mg, comprimido; Quetiapina 25, 100, 200 e 300 mg, comprimido; Risperidona 1, 2 e 3 mg, comprimido; Ziprasidona 40 e 80 mg, cápsula.

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)
<input type="checkbox"/> Carteira de identidade com foto (RG) <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física (CPF) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde (CNS) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Roteiro de Avaliação (Para pacientes que fazem uso de medicamentos contemplados pelo PCDT); <input type="checkbox"/> Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> Laudo Médico , EM CASO DE ALTERAÇÃO DE PRESCRIÇÃO, justificando a alteração da dose ou troca do medicamento.
Os pacientes deverão contar com um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação.	

Para recebimento da medicação (mensal)
<input type="checkbox"/> Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias ; Tratamento para até 60 dias por receita
Notificação ou receita especial deverá ser anexada junto ao recibo de recebimento do medicamento e arquivada para fins de fiscalização.

Exames	
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
Para Aripripazol (NT): <input type="checkbox"/> Avaliação clínica informando os medicamentos anteriormente utilizados, o período de utilização. Para Palmitato de paliperidona (NT): <input type="checkbox"/> Avaliação clínica informando os medicamentos anteriormente utilizados, o período de utilização e justificativa. <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas <input type="checkbox"/> Creatinina sérica <input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética– TGO) <input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP)	Para Clozapina: <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas. OBS: Exames acima com validade de 90 dias

<p>() Clearance de creatinina estimado (médico deverá calcular ou enviara cópia do Laudo do exame)</p> <p>() Coagulograma</p> <p>Para Clozapina:</p> <p>() Hemograma</p> <p>() AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética– TGO)</p> <p>() ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP;</p> <p>() Creatinina sérica</p> <p>Para Ziprasidona:</p> <p>() Potássio sérico</p> <p>() Magnésio sérico</p> <p>OBS: Exames acima com validade de 90 dias</p>	
<p>O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.</p>	

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade de **Psiquiatria** correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Observações:

- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia ou em Centros de Saúde Mental.**
- Quando de RENOVAÇÃO DA LME, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a psiquiatria poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.**
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por psiquiatra ou em Centros de Saúde Mental.**

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento; No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve está de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Teste documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

ROTEIRO PARA EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO EM ESQUIZOFRENIA

Paciente: _____ Idade: _____

DIAGNÓSTICO CID-10: () F20.0 () F20.1 () F20.2 () F20.3 () F20.4 () F20.5 () F20.6 () F20.8 3.

O paciente já recebe medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica? () Sim () Não

O paciente apresenta os seguintes sintomas abaixo:

<p>() eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento</p> <p>() delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante</p> <p>() vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo</p> <p>() comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor</p> <p>() sintomas "negativos", tais como: apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que estes sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico)</p> <p>() Diagnóstico de prolactinoma</p> <p>() CA de mama.</p>	<p>() delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas)</p> <p>() alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias superestimadas persistentes</p> <p>() neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante</p> <p>() Discinesia tardia</p> <p>() Distonia grave</p> <p>() Acatisia com risco de suicídio</p> <p>() Síndrome Neuroleótica maligna</p>
---	--

Paciente apresenta algum do(s) critério(s) abaixo?

- () Episódio maníaco depressivo
- () Doença cerebral orgânica, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas
- () Hipersensibilidade à Olanzapina
- () Impossibilidade de adesão e acompanhamento continuado.

O paciente já utilizou e apresentou falha terapêutica ou intolerância a antipsicóticos atípicos contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica? () Sim () Não

Se sim, qual(is) medicamento(s) e por quanto tempo (em meses), utilizou as respectivas doses?

Medicamento(s)	Periodicidade	Doses
() Risperidona	_____	_____
() Clozapina	_____	_____
() Quetianpina	_____	_____
() Ziprazidona	_____	_____
() Olanzapina	_____	_____

Carimbo e assinatura do profissional médico e CRM

Escala BPRS – Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica

Paciente: _____ Idade: _____

Código: 1) ausente; 2) muito discreto; 3) discreto; 4) moderado; 5) moderadamente grave; 6) grave; 7) extremamente grave.

	Tempo 0	Tempo após o tratamento
Preocupações somáticas		
Ansiedade		
Retraimento afetivo		
Desorganização conceitual		
Sentimento de culpa		
Tensão		
Maneirismo e Atitude		
Megalomania		
Humor depressivo		
Hostilidade		
Desconfiança		
Comportamento alucinatório		
Retardamento motor		
Não cooperação		
Pensamentos não habituais		
Embotamento afetivo		
Excitação		
Desorientação		
ESCORE TOTAL		

Carimbo e assinatura do profissional médico e CRM

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RECEBIMENTO DE MEDICAMENTO INJETÁVEL

Declaro que:

1. Estou ciente da indicação médica acerca do tratamento e da necessidade de injetar o medicamento no paciente indicado abaixo, sua indicação, benefícios e riscos associados e manifesto minha responsabilidade por assegurar que o medicamento retirado seja administrado em local habilitado para isso.
2. Além disso, através deste termo, isento todos os profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, no tratamento do paciente, de qualquer responsabilidade sobre os efeitos e causas danosas referentes à condição clínica médica e de saúde do paciente caso o medicamento não seja administrado.

Medicamento Palmitato de Paliperidona

- () Seringa preenchida de 0,75 mL com 75 mg/0,75 mL, em embalagem com 1 unidade.
() Seringa preenchida de 1,0 mL com 100 mg/1,0 mL, em embalagem com 1 unidade.
() Seringa preenchida de 1,5 mL com 150 mg/1,5 mL, em embalagem com 1 unidade.

Preenchimento Obrigatório pelo Representante legal _____

Nome legível: _____ Assinatura: _____
CPF: _____ Telefone: _____
Grau de Parentesco ou vínculo: _____
(obrigatório nos casos de representação):

Paciente: _____

Nome legível: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

_____, ____/____/20____, às ____ hora e ____ minutos.

Paciente

DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL (LISTAS C1 E C5)

Eu, _____, inscrito sob CRM nº _____, declaro que, por se tratar de medicamento de uso contínuo dispensando via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a prescrição médica poderá conter quantidade para o tratamento correspondente até 6 meses de tratamento, em conformidade com o decreto no Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) e, conforme previsto no Art. nº 60 da Portaria SVS/MS nº 344/98.

Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Patologia:	CID 10:	
Medicamento:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou responsável legal		
Nome do Médico:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo médico		
Data:		

Médico solicitante (data, carimbo e assinatura)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**Risperidona, Quetiapina, Ziprasidona, Olanzapina, Aripiprazol, paliperidona e Clozapina**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de Risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina, aripiprazol, paliperidona e clozapina, indicadas para o tratamento de esquizofrenia. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: - redução dos sintomas e da frequência das crises; - redução das internações hospitalares. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - Clozapina: medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável); - Risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina: medicamentos classificados na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos); - Clozapina: contraindicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas no sangue abaixo de 3.500 células/mm³). São necessários controles periódicos com hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após); - Efeitos adversos mais comuns da risperidona: agitação, nervosismo, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, má digestão, náuseas, ganho de peso; - Efeitos adversos mais comuns da quetiapina: prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar; - Efeitos adversos mais comuns da ziprasidona: sonolência, insônia, tonturas, pressão baixa, tremores, alterações cardíacas, fraqueza, dor de cabeça, prisão de ventre, boca seca, aumento da salivação, náuseas, vômitos, nervosismo, agitação; - Efeitos adversos mais comuns da olanzapina: dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tonturas ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo; - Efeitos adversos mais comuns da clozapina: aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída da saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia);

- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula. Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento: () risperidona () quetiapina () ziprasidona () olanzapina () clozapina () paliperidona

Local:	Data:	
Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou responsável legal		
Nome do Médico:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo médico		
Data:		

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência

Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

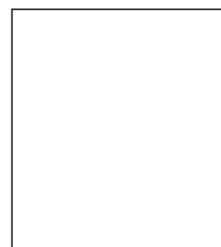
Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 2*			
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 3*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: ___ / ___ /20___ Assinatura do paciente: _____



Campo para digital