

Documentação necessária para abertura de processos de medicamentos do Componente Especializado – SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- [LME](#) - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- [Exames comprobatórios do diagnóstico da doença](#) de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Exames necessários para abertura de processo e monitorização

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI) (Critérios de uso – Estadual) Pramipexol 0,25mg	- Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI; - Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio; - Dosagem de ferritina sérica; - Uréia e creatinina; - Paciente maior que 18 anos.	- Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento. Periodicidade: Trimestral. - Uréia e Creatinina. Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente.	G25.8 Neurologista

NOTA:

- O preenchimento completo do LME é imprescindível à abertura e continuidade do processo;
- As informações sobre a clínica do paciente podem estar descritas no próprio LME ou em laudo médico a parte;
- Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.



SUS		Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde		Secretaria de Estado da Saúde
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)		
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)		
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE		
1-Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante
3- Nome completo do Paciente*		5-Peso do paciente* kg
4- Nome da Mãe do Paciente*		6-Altura do paciente* cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*
		1º mês 2º mês 3º mês
1		
2		
3		
4		
5		
9- CID-10*	10- Diagnóstico	
11- Anamnese*		
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*		
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NÃO		
13- Atestado de capacidade* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável: _____		
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*	16- Data da solicitação*	
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR* : <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____		
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação		20- Telefone(s) para contato do paciente
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente		

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO