

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

**PCDT:** DOR CRÔNICA

**CID:** R52.1, R52.2

**Produto:** CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2 , GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2 , GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2 , METADONA 10 MG COMP GRUPO 2 , MORFINA 10 MG COMP GRUPO 2 , MORFINA 100 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2 , MORFINA 30 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2 , MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2 , MORFINA 60 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2 , OXICODONA, CLORIDRATO 10 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA ELENCO ESTADUAL OXICODONA, CLORIDRATO 20 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA ELENCO ESTADUAL

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATORIOS

#### 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 grau 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