

PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS

O paciente deve comparecer a CAF e apresentar documentos requeridos, que incluem:

- Prescrição médica para o tratamento, devendo o medicamento estar listado na REMUME;
- Cópia do documento de identificação do paciente e do comprovante de residência;
- Cartão do SUS.

PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

O paciente deve comparecer a CAF e apresentar documentos requeridos, que incluem:

- Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – LME (EM ANEXO);
- Prescrição médica para o tratamento;
- Cópia do documento de identificação do paciente, cartão do SUS e do comprovante de residência;
- Cópia dos exames e documentos dispostos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT);

A Secretaria de Saúde do Estado é responsável pela dispensação dos medicamentos de alto custo por meio da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica - CGAF, que é responsável em receber do Ministério da Saúde e armazenar essas medicações.

Contato:

Coordenadoria-Geral de Assistência Farmacêutica – CGAF

Telefone: (95) 98406-1026

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	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar: _____

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?

NÃO 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***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____