



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

**DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – CID-10: J41.0, J41.1, J41.8, J42, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.8 e J44.9**

### MEDICAMENTOS

- Formoterol (fumarato) + budesonida pó inalante (12 mcg + 400 mcg)/dose frasco com 60 doses com inalador
- Formoterol (fumarato) + budesonida pó inalante (6 mcg + 200 mcg)/dose frasco com 60 doses com inalador
- Formoterol (fumarato) pó inalante 12 mcg/dose cápsula + inalador
- Glicopirronio (brometo) 50 mcg - cápsula para inalação
- Salmeterol (xinafoato) + Fluticasona (propionato) 50 mcg/dose + 500 mcg/dose - pó para inalação recipiente dosador contendo strip com 60 doses
- Tiotrópio (brometo) + Olodaterol (cloridrato) 2,5 mcg + 2,5 mcg - solução para inalação
- Umeclidínio (brometo) + Vilanterol (trifenatato) 62,5 mcg/dose + 25 mcg/dose – pó inalação – frasco com 30 doses

### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO	RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)	REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório Médico</b> constando: - Data; - Identificação do médico e do paciente; - Diagnóstico; - Indicação de medicamento e tempo de tratamento; - Características clínicas e evolução da doença; e - Tratamentos prévios e outras informações pertinentes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório Médico</b> constando: - Data; - Identificação do médico e do paciente; - Diagnóstico; - Indicação de medicamento e tempo de tratamento; - Características clínicas e evolução da doença; e - Tratamentos prévios e outras informações pertinentes</li></ul>

### OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Não se aplica

### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

#### PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Espirometria Completa com Prova Broncodilatadora (Último exame realizado)

#### RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- À critério do médico prescriptor

#### REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- À critério do médico prescriptor

### OBSERVAÇÕES

- Não se aplica

Atualizado em 13/06/2022



**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 CINES \_\_\_\_\_ 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\*

Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda  Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_

21- Número do documento do paciente \_\_\_\_\_  
 CPF ou  CNS

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

**\*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

## FORMAS DE ACESSO AO(S) MEDICAMENTO(S)

### Atendimento **PRESENCIAL**

De posse de todos os documentos (original e cópia), incluindo os exames, vá até a um dos Núcleos de Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para proceder com a solicitação do(s) medicamento(s).

Há três Núcleos de Farmácia no Distrito Federal localizados na **Asa Sul, Ceilândia e Gama**, que fazem o atendimento, conforme local de residência do paciente ou seu responsável. Veja os quadros abaixo para saber a qual Núcleo de Farmácia você deverá se dirigir para fazer a solicitação do(s) seu(s) medicamento(s).

<b>Núcleo de Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Asa Sul</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Guará</li><li>● Cruzeiro</li><li>● Plano Piloto</li><li>● Jardim Botânico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Jardins Mangueiral</li><li>● Unai</li><li>● Regiões não atendidas pelas unidades do Gama e Ceilândia</li><li>● Estados fora do DF</li></ul>
<b>Endereço: Estação do Metrô 102 Asa Sul, Galeria.</b> <b>Telefone: 61 99358-0060</b> <b>Horário de funcionamento: Segunda-feira a sexta-feira – 7h00 as 19h00</b> <b>Sábado – 7h00 as 12h00</b>	

<b>Núcleo de Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Ceilândia</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Águas Claras</li><li>● Águas Lindas</li><li>● Areal</li><li>● Arniqueira</li><li>● Brazlândia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Ceilândia</li><li>● Samambaia</li><li>● Santo Antônio do Descoberto</li><li>● Taguatinga</li><li>● Vicente Pires</li></ul>
<b>Endereço: EQNM 18/20 - Praça do Cidadão - Blocos A e C</b> <b>Telefone: 61 4042-6773</b> <b>Horário de funcionamento: Segunda-feira a sexta-feira – 7h00 as 19h00</b> <b>Sábado – 7h00 as 12h00</b>	

<b>Núcleo de Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Gama</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Abadiânia</li><li>● Alexânia</li><li>● Novo Gama</li><li>● Pedregal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Recanto das Emas</li><li>● Riacho Fundo I e II</li><li>● Santa Maria</li><li>● Valparaíso de Goiás</li></ul>
<b>Endereço: Praça 1, Área Especial, Setor Leste do Gama</b> <b>Telefone: 61 4042-6771</b> <b>Horário de funcionamento: Segunda-feira a sexta-feira – 7h00 as 19h00</b> <b>Sábado – 7h00 as 12h00</b>	

**ATENÇÃO:** atendimento presencial, a um dos Núcleos de Farmácia, é realizado, via de regra, ocorre por agendamento com dia e hora marcada. **O agendamento se dá por meio da Central de Atendimento 160 - Opção 3.** Para alguns tratamentos e/ou medicamentos, excepcionalmente, o atendimento é feito sem a necessidade do agendamento, **sendo estes pacientes prioridade no atendimento.** Nesses casos, o atendimento é feito por encaixe durante o horário de funcionamento do Núcleo de Farmácia e conforme a capacidade de atendimento e demanda do dia. Assim, entre um agendamento e outro é feito o atendimento dos pacientes enquadrados nas prioridades relacionadas abaixo que não precisam de agendamento prévio.

<b>Exceções aos Atendimentos Agendados</b>
Paciente com Dor Crônica (CID-10: R52)
Paciente Transplantado (CID-10: Z94)
Paciente com Fenilcetonúria (CID-10: E70)
Paciente com Fibrose Cística (CID-10: E84)
Paciente que necessita de Imunoglobulina
Paciente que necessita de Toxina Botulínica
Paciente que necessita de Aumento de Dose de Medicamento
Nusinersena - Atrofia muscular espinhal – AME (CID-10: G12.0)
Enoxaparina – Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia (CID-10: D68.8, I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3 e O22.5)

### **Atendimento REMOTO**

Os pacientes podem solicitar informações referentes ao processo de cadastro de medicamento, encaminhar documentação e finalizar o cadastro via e-mail através do endereço eletrônico:

- Núcleo de Farmácia da Asa Sul - **cadastroceafasul@gmail.com**
- Núcleo de Farmácia da Ceilândia - **ceafceilandia@gmail.com**
- Núcleo de Farmácia do Gama - **cadastroaltocustogama@gmail.com**

Os documentos e exames devem ser encaminhados da seguinte forma:

- Devem ser digitalizados em formato PDF, JPEG ou JPG;
- O Laudo de Solicitação deve estar **completamente preenchido** (tanto os campos de preenchimento obrigatório pelo médico solicitante, como os campos a serem preenchidos pelo paciente ou responsável. Havendo dificuldades no preenchimento o paciente deve ser orientado a buscar o atendimento presencial através do 160 - opção 3); e
- A documentação pode ser encaminhada em arquivo único, mas **deve ser digitalizado um documento por imagem** (não serão aceitos vários documentos digitalizados na mesma imagem, pois dificulta a leitura). Os documentos e exames em arquivo PDF deverão conter apenas um por página.

A documentação será conferida, e caso:

- Haja **pendência**, será feita a devolução em resposta ao e-mail encaminhado, com o detalhamento das pendências encontradas; e
- Esteja **completa**, a solicitação será finalizada e o recibo de solicitação será encaminhado em resposta ao e-mail enviado.

O processo de solicitação será encaminhado para a avaliação do médico especialista de acordo com o protocolo clínico da doença/condição clínica. A guarda dos documentos originais é de responsabilidade dos pacientes ou seus responsáveis, uma vez que serão necessários para a dispensação do medicamento solicitado.