

ATORVASTATINA –

Dislipidemia para Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite

10 mg, 20 mg, 40 mg e 80 mg – comprimido

Portaria Conjunta SAS/MS nº 8 – 30/07/2019 (protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8

Quantidade máxima mensal: 10 mg – 248 comprimidos / 20 mg – 124 comprimidos / 40 mg – 62 comprimidos / 80 mg – 31 comprimidos

Grupo de Financiamento: 2

Documentação Necessária

1º Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - o Documento de identidade;
 - o Comprovante de residência com CEP;
 - o Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - o CPF.
4. Cópia dos exames:
 - o Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - o Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
 - o Dosagem sérica – CPK (creatinofosfoquinase);
 - o Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tireoestimulante);
 - o β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil);
 - o Dosagem sérica – colesterol total;
 - o Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
 - o Dosagem sérica – triglicerídeos;
 - o Dosagem sérica – LDL;
 - o Descrição, no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) do fator de risco cardiovascular apresentado pelo paciente: (i) diabetes melito; (ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham; (iii) evidência clínica de doença aterosclerótica.

5. Não é necessário apresetar o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Renovação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
Anualmente
 - - Dosagem sérica – colesterol total;
 - Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
 - Dosagem sérica – triglicerídeos.
4. Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética) OU Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
5. Dosagem sérica – CPK (creatinofosfoquinase).

ATORVASTATINA – Dislipidemia para Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite

Alterado em 14/04/2020