

CLOZAPINA - Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I

25 mg e 100 mg – comprimido

Portaria SAS/MS nº 315, de 30 de março de 2016 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7

Quantidade máxima mensal: 25 mg – 992 comprimidos / 100 mg – 248 comprimidos

Grupo de Financiamento: 1A

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. Receita de Controle Especial em duas vias ou Receituário Simples em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Descrição clínica contendo sinais e sintomas apresentados conforme o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição ou DSM-5, fármacos já utilizados, história de resposta e adesão, idade, história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellito e outras comorbidades.
4. Descrição se a seguinte condição é atendida: presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ou de um funcionário da instituição (no caso de pacientes cronicamente asilados)
5. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - o Documento de identidade;
 - o Comprovante de residência com CEP;
 - o Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
 - o Descrição de três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes;
 - o Hemograma com plaquetas
 - o Dosagem sérica – colesterol total;
 - o Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
 - o Dosagem sérica – triglicerídeos;
 - o Glicemia de jejum
 - o Dosagem sérica – LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald;

Equação de Friedewald: $LDL = [(Colesterol\ total) - HDL] - (Triglicerídeos/5)$

5. 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. Receita de Controle Especial em duas vias ou Receituário Simples em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente).
 3. Cópia dos exames:
Mensalmente:
 - Hemograma.
Anualmente:
 - Dosagem sérica – colesterol total;
 - Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
 - Dosagem sérica – triglicerídeos;
 - Dosagem sérica – LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
 - Glicemia de jejum.
- À critério do médico prescritor
- Laudo/relatório médico de Eletrocardiograma.