

ZIPRASIDONA – Transtorno Esquizoafetivo

40 mg e 80 mg – cápsula

Portaria SAS/MS nº 1203, de 04 de novembro de 2014 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: F25.0, F25.1, F25.2

Quantidade máxima mensal: 40 mg – 124 comprimidos / 80 mg – 62 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 ou Receituário Simples, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Relatório médico com descrição dos critérios diagnósticos, fármacos já utilizados, estágio da doença, história de resposta e adesão, história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia/ discinesia, tentativa ou risco de suicídio.
4. Descrição se a seguinte condição é atendida: presença de um familiar ou responsável legal ou de um funcionário da instituição (no caso de pacientes cronicamente asilados)
5. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
6. Cópia dos exames:
 - Score na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS-A)
 - Descrição das medidas antropométricas: peso, altura, circunferência abdominal e do quadril
 - Descrição de três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes
 - Colesterol total
 - Colesterol HDL
 - Colesterol LDL
 - Triglicerídeos
 - Glicemia de jejum
7. [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 ou Receituário Simples, 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 – triglicérides
- Dosagem sérica – LDL;
- Glicemia de jejum;

A critério do médico prescritor **ou** mediante solicitação do avaliador:

- Escala BPRS-A (Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Ancorada).