

MORFINA - Dor Crônica

10 mg/mL injetável – ampola de 1 mL; 10 mg/mL solução oral – frasco de 60 mL; 30 mg – comprimido;
30 mg, 60 mg e 100 mg – cápsula de liberação controlada.

Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de Outubro de 2012 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: R52.1, R52.2

Quantidade máxima mensal: 10 mg/mL injetável – 1860 ampolas; 10 mg/mL solução oral – 62 frascos; 30 mg – 1240 comprimidos; 30 mg – 279 cápsulas; 60 mg – 124 cápsulas; 100 mg – 93 cápsulas

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. Para pacientes NÃO cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do SUS: Notificação de receita “A” –cor amarela
4. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - CPF.
5. Cópia dos exames:
 - Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas,
 - Escala de dor da *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS)
 - Escala EVA (**dor relevante**)
 - Para uso de opióides, os pacientes deverão ser refratários aos demais fármacos.

6. [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 (mensalmente).
3. Para pacientes NÃO cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do SUS:
 - Notificação de receita “A” – cor amarela (mensalmente).
4. Cópia dos exames:
A critério do médico prescritor:
 - EVA (Escala Visual Analógica);
 - Escala de dor LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs).

MORFINA - Dor Crônica

Alterado em 30/05/2019