

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS – CID: I20.0, I20.1, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0,
I22.1, I22.8, I22.9, I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.8, I24.9**

DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

INFORMAÇÕES/EXAMES

LAUDO E EXAMES:

IAM:

- CÓPIA DO LAUDO DO ECG (ATÉ 8 MESES)
- CÓPIA DO EXAME DE TROPONINA OU CK-MB (ATÉ 8 MESES)
- LAUDO DESCRITIVO E DETALHADO COM SINAIS E SINTOMAS PERTINENTES A DOENÇA CONFORME O PCDT, INCLUINDO A DESCRIÇÃO DA DOR TÍPICA, SINTOMAS ATÍPICOS E FATORES DE RISCO.
- CÓPIA DO LAUDO DE ALTA
- RELATAR EM LAUDO O TEMPO DE TRATAMENTO, DE ACORDO COM O PCDT PODERÁ SE ESTENDER ATÉ 9 MESES APÓS O EPISÓDIO.

ANGINA INSTÁVEL:

- CÓPIA DO LAUDO DO ECG (DE QUALQUER DATA)
- LAUDO DESCRITIVO E DETALHADO COM SINAIS E SINTOMAS PERTINENTES A DOENÇA CONFORME O PCDT, INCLUINDO A DESCRIÇÃO DA DOR TÍPICA, SINTOMAS ATÍPICOS E FATORES DE RISCO.
- RELATAR EM LAUDO O TEMPO DE TRATAMENTO, DE ACORDO COM O PCDT PODERÁ SE ESTENDER ATÉ 9 MESES APÓS O EPISÓDIO.

OUTRAS SCA:

- CÓPIA DO LAUDO DO ECG (DE QUALQUER DATA)
- LAUDO DESCRITIVO E DETALHADO COM SINAIS E SINTOMAS PERTINENTES A DOENÇA CONFORME O PCDT, INCLUINDO A DESCRIÇÃO DA DOR TÍPICA, SINTOMAS ATÍPICOS E FATORES DE RISCO.
- RELATAR EM LAUDO O TEMPO DE TRATAMENTO, DE ACORDO COM O PCDT PODERÁ SE ESTENDER ATÉ 9 MESES APÓS O EPISÓDIO.

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 CNES* _____ 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

	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 _____

 Branca Preta Parda 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*
 Amarela Indígena. Informar Etnia: _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

 21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____
 CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do CNS
(nome do paciente ou responsável)

nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____,

autorizo o (a) Sr(a). _____,
(nome do procurador ou portador)

portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida pelo _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na

telefone de contato (____) _____, **a retirar meu(s) medicamento(s) na
unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: _____

Assinatura **Paciente/Responsável:** _____

Assinatura do **Procurador/Portador (a):** _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);