



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO– CID: F25.0, F25.1, F25.2

### DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF ECARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (No caso de assinatura por responsável apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo);
- 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. PORTADOR (No caso de retirada por portador).

### INFORMAÇÕES/EXAMES

#### **LAUDO MÉDICO COM:**

- DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS, TRATAMENTOS PRÉVIOS E TEMPO DE TRATAMENTO, DOENÇAS CONCOMITANTES E SE HÁ HISTÓRICO DE DEPENDÊNCIA OU ABSTINÊNCIA RELACIONADA A ÁLCOOL, DROGAS OU FÁRMACOS PSICOATIVOS.
- MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (PESO, ALTURA, CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E DO QUADRIL)
- REGISTRO DE TRÊS MEDIDAS DE PRESSÃO ARTERIAL E DE PULSO EM DATAS DIFERENTES

#### **PARA CLOZAPINA ALÉM DA SOLICITAÇÃO DESCRITA ACIMA, ACRESCENTAR:**

- DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS. PARA PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO POR REFRATARIEDADE A OUTROS TRATAMENTOS, INFORMAR OS TRATAMENTOS PRÉVIOS E TEMPO DE TRATAMENTO, ALÉM DA EVOLUÇÃO DA ESCALA BPRS.
- CÓPIA DA FOLHA DE RESPOSTA DA ESCALA BPR-S (SE POSSÍVEL)

#### **EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:**

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES (VAL. 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE POTÁSSIO SÉRICO (VAL. 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE SÓDIO SÉRICO (VAL. 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TRIGLICERÍDIOS (VAL. 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE GLICEMIA DE JEJUM (VAL. 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO COM CONTAGEM DE PLAQUETAS (VAL. 90 DIAS).

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.**



- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE PROLACTINA SÉRICA
- CÓPIA DA FOLHA DE RESPOSTA DA ESCALA BPRS-A
- CÓPIA DO RESULTADO DAS ESCALAS DE HUMOR O (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE PHQ, ESCALA DE MANIA DE YOUNG)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**TROCA DE TERAPIA PARA PACIENTES COM CADASTRO ATIVO E EM CONTINUIDADE DE TRATAMENTO:** APRESENTAR RECEITUÁRIO MÉDICO, LME, LAUDO MÉDICO, TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE E OS EXAMES ESPECÍFICOS PARA O MEDICAMENTO QUE ESTÁ SENDO INCLUÍDO. OS EXAMES EM COMUM NÃO PRECISAM SER REAPRESENTADOS.



## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

BIPERIDENO, CLORPROMAZINA, CLOZAPINA, DECANOATO DE HALOPERIDOL, HALOPERIDOL, OLANZAPINA, PROPRANOLOL, QUETIAPINA, RISPERIDONA E ZIPRASIDONA.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do [a] paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de biperideno, clorpromazina, clozapina, decanoato de haloperidol, haloperidol, olanzapina, propranolol, quetiapina, risperidona e ziprasidona, que são indicados para o tratamento do transtorno esquizoafetivo.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução dos sintomas e da frequência das crises; e
- redução das internações hospitalares.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

**Risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina:** medicamentos classificados na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém, não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos).

**Clozapina:** medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém, não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável). Contraindicado nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue abaixo de 3.500 células/mm<sup>3</sup>). São necessários controles periódicos com hemogramas semanais nas primeiras 18 semanas e mensal após.

**Biperideno:** Contraindicado nos casos de glaucoma de ângulo fechado, retenção urinária, hipertrofia prostática, miastenia grave e estenose ou obstrução mecânica do trato gastrointestinal, megacólon.

**Propranolol:** Contraindicado nos casos de hipersensibilidade ao propranolol, hipotensão, insuficiência cardíaca descompensada, choque cardiogênico, bradicardia, síndrome do nó

sinoatrial, bloqueio atrioventricular de 2º e 3º graus, asma brônquica ou broncoespamos, acidose metabólica, angina de Prinzmetal, doença arterial periférica grave, distúrbios graves da circulação arterial periférica; feocromocitoma não tratado (com um antagonista do receptor alfa-adrenérgico) e após jejum prolongado.

**Biperideno, propranolol, haloperidol e clorpromazina:** medicamentos classificados na gestação como categoria C (raras anomalias, icterícia fetal, efeitos anticolinérgicos fetais no nascimento).

Os efeitos adversos mais comuns do **biperideno** são: obstipação, náusea, xerostomia, visão borrada, retenção urinária, confusão mental, excitação, delírio, tontura, déficit de memória, alucinações, agitação, sonolência, taquicardia, arritmias e hipotensão postural.

Os efeitos adversos mais comuns do **propranolol** são: distúrbios gastrintestinais, insuficiência cardíaca congestiva, hipotensão, bradicardia, transtorno na condução, broncoespasmo, com piora de asma e DPOC, claudicação intermitente, fenômeno de Raynaud, depressão mental, insônia, pesadelos, fadiga, cefaleia, disfunção sexual, aumento do risco de hipoglicemia em diabéticos dependentes de insulina.

Os efeitos adversos mais comuns da **risperidona** são: agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náusea, ganho de peso.

Os efeitos adversos mais comuns da **quetiapina**: prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar.

Os efeitos adversos mais comuns da **ziprasidona**: sonolência, insônia, tonturas, pressão baixa, tremores, alterações cardíacas, fraqueza, dor de cabeça, prisão de ventre, boca seca, aumento da salivagem, náusea, vômitos, nervosismo, agitação.

Os efeitos adversos mais comuns da **olanzapina**: dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tonturas ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo.

Os efeitos adversos mais comuns da **clozapina** são: aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náusea, vômitos, enjoo, visão

turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia).

Os efeitos adversos do **haloperidol** são: tremores, rigidez, salivação, tonturas, movimentos involuntários, inquietação, alterações menstruais, coágulos.

Os efeitos adversos da **clorpromazina** são: tremores, movimentos involuntários, irregularidades menstruais, disfunção sexual, retenção urinária, aumento de peso, sonolência. Não deve ser usado em quem tem glaucoma, problemas urinários ou doença grave do coração.

Esses medicamentos podem causar aumento da pressão arterial, da glicose, do peso, além de alterações das gorduras do sangue. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.

Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este (s) medicamento (s) somente pode (m) ser utilizado (s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo (s) caso não queira ou não possa utilizá-lo (s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistência do uso do medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

( ) biperideno

( ) propranolol

( ) clozapina

( ) clorpromazina

( ) decanoato de haloperidol

( ) haloperidol

( ) olanzapina


( ) quetiapina

( ) risperidona

( ) ziprasidona

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

NOTA - Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Nome Completo do Paciente:		 GOVERNO DO ESTADO <b>RIO DE JANEIRO</b>
Idade:	Sexo:	

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS. Folha de Respostas						
Escala BPRS						
Escore: 0 (Não relatado) 1 (Muito leve) 2 (Leve) 3 (Moderado) 4 (Moderadamente grave) 5 (Grave) 6 (Muito grave)						
		Data:	Data:	Data:	Data:	
		Escore	Escore	Escore	Escore	
1. Preocupação somática						
2. Ansiedade						
3. Retraimento afetivo						
4. Desorganização conceitual						
5. Sentimento de culpa						
6. Tensão						
7. Maneirismos e postura						
8. Ideias de grandeza						
9. Humor depressivo						
10. Hostilidade						
11. Desconfiança						
12. Comportamento alucinatório (alucinações)						
13. Retardamento psicomotor / motor						
14. Falta de cooperação com a entrevista						
15. Alteração de conteúdo do pensamento (delírios)						
16. Afeto embotado						
17. Excitação						
18. Desorientação						
Escala BPRS		Escore Total:				


Escalas de Depressão (PHQ9), Estado misto depressivo-maniaco (DMX12), Ansiedade Generalizada (GAD7)

Nas últimas duas semanas, com que frequência você esteve incomodado (a) por:						
Escore: 0: Em nenhum momento 1: Um pouco alguns dias 2: Mais da metade dos dias 3: Todos, quase todos os dias						
		Data:	Data:	Data:	Data:	
		Escore	Escore	Escore	Escore	
P H Q 9	1 Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas					
	2 Sensação de depressão-desesperança					
	3 Não conseguir iniciar ou seguir dormindo, dormir demais.					
	4 Cansaço, pouca energia					
	5 Pouco apetite ou comer demais					
	6 Sentir-se mal, um fracasso ou para baixo.					
	7 Problema para se concentrar ler jornal, assistir TV.					
	8 Se mexer ou falar tão devagar que outros notaram. Ou o oposto, inquieto, se mexendo muito mais do que o usual.					
	9 Pensamentos de morrer, ou de se machucar.					
<b>Escalas de Depressão (PHQ9)</b>		<b>Escore Total 1 a 9:</b>				
D M X 1 2	1 Sou muito sensível e vulnerável a comentários e atitudes dos outros					
	2 Reajo a coisas triviais de forma mais intensa do que as outras pessoas					
	3 Sou facilmente distraído/a e incapaz de me concentrar em uma tarefa					
	4 Tendo a correr riscos de propósito					
	5 Meu humor muda rapidamente em pouco tempo					
	6 Eu me sinto tão tenso/a que não consigo relaxar					
	7 Eu me sinto mal por sentimentos desagradáveis e desconfortáveis					
	8 Tenho muitos pensamentos diferentes de coisas pouco práticas passando rápido na mente					
	9 Sinto-me inquieto/a e incapaz de ficar parado/a					
	10 Eu sinto vontade de agir impulsivamente sem levar em conta consequências					
	11 Eu fico facilmente irritado/a sem motivo					
	12 Quando alguém discorda tenho vontade de brigar ou bater nele					
<b>Estado misto depressivo-maniaco (DMX12)</b>		<b>Escore Total 1 a 12 :</b>				
G A D 7	1 Me sinto nervoso/a, ansioso/a ou no limite.					
	2 Não sou capaz de parar ou de controlar a preocupação					
	3 Me preocupo muito com coisas diferentes					
	4 Tenho problemas para relaxar					
	5 Se sinto tão inquieto/a que tenho dificuldade de ficar parado/a					
	6 Fico facilmente irritado/a ou irritável					
	7 Sinto medo como se algo terrível vai acontecer					
<b>Ansiedade Generalizada (GAD7)</b>		<b>Escore Total 1 a 7 :</b>				

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico Responsável



Nome Completo do Paciente:		 <b>GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO</b> Secretaria de Saúde
Idade:	Sexo:	

### Escala de Mania de Young

Uma das mais frequentes escalas para avaliar sintomas de mania. Um escore acima de 20 tem valor preditivo positivo de 74,6% para episódio maniaco agudo e intenso. Versão em Português validada por Dr. José Antônio Alves Vilela.

#### 1. Humor e afeto elevados

- (0) Ausência de elevação do humor ou afeto
- (1) Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado
- (2) Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento
- (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso
- (4) Eufórico; risos inadequados, cantando

#### 2. Atividade motora - energia aumentada

- (0) Ausente
- (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora
- (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados
- (3) Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)
- (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

#### 3. Interesse sexual

- (0) Normal; sem aumento
- (1) Discreta ou possivelmente aumentado
- (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado
- (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; autorrelato de hipersexualidade
- (4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas

#### 4. Sono

- (0) Não relata diminuição do sono
- (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual
- (2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual
- (3) Relata diminuição da necessidade de sono
- (4) Nega necessidade de sono

#### 5. Irritabilidade

- (0) Ausente
- (2) Subjetivamente aumentada
- (6) Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria
- (6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo
- (8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível

#### 6. Fala (velocidade e quantidade)

- (0) Sem aumento
- (0) Percebe-se mais falante do que o seu habitual
- (4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborreico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)
- (6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)
- (8) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)

#### 7. Linguagem

- (0) Sem alterações
- (1) Circunstancial; pensamentos rápidos
- (2) Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados
- (3) Fuga de ideias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante
- (4) Incoerência; comunicação impossível

#### 8. Conteúdo

- (0) Normal
- (2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis
- (4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição socioeconômica do paciente; hiper-religioso
- (6) Ideias supervalorizadas
- (8) Delírios

#### 9. Comportamento disruptivo agressivo

- (0) Ausente, cooperativo
- (2) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado
- (4) Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada
- (6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

#### 10. Aparência

- (0) Arrumado e vestido apropriadamente
- (1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados
- (2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero
- (3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante
- (4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras

#### 11. Insight (discernimento)

- (0) Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento
- (1) Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento
- (2) Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento
- (3) Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento
- (4) Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento.

<b>Escala de movimentos involuntários anormais</b>						
Antes ou depois de completar o escore, os médicos devem observar o seguinte:						
1. Observar a marcha no caminho para a sala. 2. Fazer o paciente jogar fora goma de mascar ou remover dentadura, caso esta esteja mal encaixada. 3. Determinar se o paciente está ciente de cada movimento. 4. Fazer o paciente se sentar em uma cadeira firme e sem braços, com as mãos sobre os joelhos, as pernas ligeiramente afastadas e os pés nivelados no chão. Nesse momento e durante todo o exame, procurar movimentos no corpo inteiro. 5. Fazer o paciente se sentar com as mãos não apoiadas, pendentes sobre os joelhos. 6. Pedir ao paciente para abrir a boca duas vezes. Procurar movimentos linguais. 7. Pedir para o paciente prostrar a língua duas vezes. 8. Pedir para o paciente bater o polegar contra cada dedo da mão por 15 s em cada mão. Observar face e pernas. 9. Fazer com que o paciente fique de pé com os braços estendidos para frente.						
Graduar cada um dos itens a seguir em escala de 0 a 4 com relação à maior gravidade observada: 0 = Nenhuma    1 = Mínima, podendo ser normal extremo    2 = Leve    3 = Moderada    4 = Grave						
Categoria	Item	Intervalo dos escores possíveis				
Movimentos faciais e orais	Músculos de expressão facial	0	1	2	3	4
	Lábios e área perioral (ao redor da boca e nariz)	0	1	2	3	4
	Maxilares	0	1	2	3	4
	Língua	0	1	2	3	4
Movimentos das extremidades	Braços	0	1	2	3	4
	Pernas	0	1	2	3	4
Movimentos do tronco	Pescoço, ombros e quadris	0	1	2	3	4
Julgamento global	Gravidade dos movimentos	0	1	2	3	4
	Anormais Percepção do paciente em	0	1	2	3	4
	Consciência do paciente dos movimentos anormais (0 = não ciente; 4 = desconforto grave)	0	1	2	3	4
Adaptado de Guy W: ECDEU [Early Clinical Drug Evaluation Unit] Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville (MD), National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch, 1976. Copyright 1976 por US Department of Health, Education and Welfare.						

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura e carimbo Médico Responsável**



## 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);