

## CLOBAZAM

### Epilepsia

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 17, de 21 de junho de 2018 ([Protocolo na Íntegra](#))

### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 10 mg e 20 mg – comprimido

**CIDs contemplados:** G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8

**Quantidade máxima mensal:**

**Para dispensação:** 10 mg – 124 comprimidos / 20 mg – 62 comprimidos

**Para faturamento (SIGTAP):** 10 mg – 124 comprimidos / 20 mg – 62 comprimidos

**Grupo de financiamento:** 2 – Aquisição pelo Estado do Amazonas

**Observações:** Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista B1)

### Documentos necessários para solicitação do medicamento

#### 1ª Solicitação

- [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.  
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
- Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.  
ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias.
- Notificação de Receita "B" (cor azul).

4. Cópia de documentos pessoais do paciente:

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

5. Cópia dos exames:

- Relatório médico com descrição das crises epiléticas conforme critérios de inclusão do PCDT:
  - Pacientes que tenham apresentado duas crises epiléticas no intervalo mínimo de 24 horas;
  - Pacientes que tenham apresentado uma crise e que tenham risco de recorrência de crises acima de 60%;
  - Pacientes que tenham um diagnóstico estabelecido de uma síndrome epilética específica.

À critério do médico prescritor:

- Laudo/relatório de Eletroencefalograma em vigília e em sono.
- Laudo/relatório de Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada do encéfalo;
- Diário de registro de crises;
- Relatório médico com descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas;
- Teste psicométrico para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais.

6. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#). (página 27 do protocolo)

## Renovação da Continuidade

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 (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Comprovante de residência com CEP;

4. Notificação de Receita "B" (cor azul).

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.