

OLANZAPINA

Esquizofrenia

Portaria SAS/MS nº 364, de 09 de abril de 2013 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 5 mg e 10 mg – comprimido

CIDs contemplados: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 5 mg – 186 comprimidos / 10 mg – 93 comprimidos
- **Para faturamento (SIGTAP):** 5 mg – 186 comprimidos / 10 mg – 93 comprimidos

Grupo de financiamento: 1A - Aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde

Observações: Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C1)

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª 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 em duas vias ou Receituário Simples 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, limitadas a somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade e CPF;

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Relatório médico com descrição do quadro clínico;
- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;

$$\text{Equação de Friedewald: LDL} = [(\text{Colesterol total}) - \text{HDL}] - (\text{Triglicerídeos}/5)$$

- Glicemia de jejum.

A critério do médico prescritor:

[Escala BPRS-A \(Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Ancorada\);](#)

5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.](#)

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 (trimestralmente).
2. Receita de Controle Especial em duas vias ou Receituário Simples em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente).
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, limitadas a somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.
3. Cópia dos exames:
Anualmente:
 - Dosagem sérica – colesterol total;
 - Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
 - Dosagem sérica – triglicerídeos;
 - Dosagem sérica – LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
 - Glicemia de jejum;

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



A critério do médico prescritor:

- [Escala BPRS-A \(Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Ancorada\)](#);