

ATORVASTATINA

Dislipidemia para Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite
Portaria Conjunta nº 8, de 30 de julho de 2019 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg, 20 mg, 40 mg e 80 mg – comprimido

CIDs contemplados: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 10 mg – 248 comprimidos / 20 mg – 124 comprimidos /
40 mg – 62 comprimidos / 80 mg – 31 comprimidos

Grupo de financiamento: 2 - Aquisição pelo Estado do Amazonas.

Observações: —

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.
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.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



3. Cópia de documentos pessoais do paciente;

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

4. Cópia dos exames:

- Descrição, no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) do fator de risco cardiovascular apresentado pelo paciente:
 - Diabetes melito;
 - Risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham;
 - Evidência clínica de doença aterosclerótica.
- Dosagem sérica de TGO/AST (Transaminase Oxalacética);
- Dosagem sérica de TGP/ALT (Transaminase Pirúvica);
- Dosagem sérica de CPK (creatinofosfoquinase);
- Dosagem sérica de TSH (Hormônio Tireoestimulante);
- Dosagem sérica de colesterol total;
- Dosagem sérica de HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica de triglicerídeos;
- Dosagem sérica de LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;

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

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar (até 55 anos):

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil);
- Relatório médico comprovando que a paciente está utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros OU
- Termo de esclarecimento e responsabilidade do PCDT de Dislipidemia, devidamente preenchido e assinado pelo paciente e pelo médico responsável pelo acompanhamento.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



ATENÇÃO: Não é necessário apresentar 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 (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).
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP;

4. Cópia dos exames:

Semestralmente ou a cada alteração de dose:

- Dosagem sérica de TGO/AST (Transaminase Oxalacética);
- Dosagem sérica de TGP/ALT (Transaminase Pirúvica);
- Dosagem sérica de CPK (creatinofosfoquinase).

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar (até 55 anos):

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil) (validade 14 dias).
- Relatório médico comprovando que a paciente está utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros OU
- Termo de esclarecimento e responsabilidade do PCDT de Dislipidemia, devidamente preenchido e assinado pelo paciente e pelo médico responsável pelo acompanhamento.