

TRIEXIFENIDIL

Doença de Parkinson

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 10, de 31 de outubro de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 5 mg – comprimido

CIDs contemplados: G20

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 93 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 93 comprimidos

Grupo de financiamento: 1B

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

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. 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, limitadas a somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.
3. Notificação de Receita “B” (cor azul) - [modelo](#).
4. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
TRIEXIFENIDIL – DOENÇA DE PARKINSON (Atualizado em 05/08/2022)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
5. Cópia dos exames:
- Relatório médico com descrição clínica detalhada.
6. 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 (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (bimestralmente).
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. Notificação de Receita “B” (cor azul) - [modelo](#) (bimestralmente).

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.