

## RISPERIDONA

### Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo

Portaria Conjunta SAES/SCTIES/MS nº 07, de 12 de abril de 2022 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 1 mg, 2 mg e 3 mg – comprimido; 1 mg/mL – solução oral (por frasco de 30 mL)

**CIDs contemplados:** F84.0, F84.1, F84.3, F84.5, F84.8

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 1 mg – 310 comprimidos / 2 mg – 155 comprimidos / 3 mg – 93 comprimidos /  
1 mg/mL – 11 frascos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 1 mg – 310 comprimidos / 2 mg – 155 comprimidos / 3 mg – 93 comprimidos /  
1 mg/mL – 11 frascos

**Grupo de financiamento:** 1B - Aquisição pelo Estado de São Paulo com recurso federal

**Observações:** Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C1)  
Idade mínima – 5 anos.

#### 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. 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.

# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade;
  - 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.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar o [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. 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 (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. 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.

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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.