

TIOTRÓPIO

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC

Resolução SS nº 35, de 18 de abril de 2019

Nota Técnica CAF nº 02, de 10 de junho de 2019

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 19, de 16 de novembro de 2021 (Protocolo na íntegra)

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 2,5mcg – solução para inalação

Nome comercial: SPIRIVA RESPIMAT®, fabricante BOEHRINGER INGELHEIM DO BRASIL QUIMICA FARMAC. LTDA, conforme Ata de Registro de Preços vigente (nº 017/2021), válida até 21/06/2022.

CIDs contemplados: J44.0, J44.1, J44.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 01 frasco, com 60 doses

Responsável pelo financiamento: Secretaria de Estado da Saúde

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. [Relatório médico de solicitação de glicopirrônio, tiotrópio ou umeclidínio original](#), preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
4. Cópia de documentos pessoais do paciente
TIOTRÓPIO - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA - DPOC (Atualizado em 10/08/2022)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Documento de identidade RG e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
5. Cópia dos exames:
- Espirometria, realizada nos últimos seis meses;
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 (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;

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 e comprovante de endereço com CEP;

III – Número de telefone do representante.