

FLUTICASONA

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC
Resolução SS nº 278, de 26 de julho de 2007 ([Resolução na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 250 mcg/dose – aerossol

CIDs contemplados: J41.0, J41.1, J41.8, J42, J43.1 J43.2, J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 01 frasco

Responsável pelo financiamento: Secretaria de Estado da Saúde

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:

- Campo “9- CID-10”: **Recomenda-se utilizar preferencialmente os CID-10 J44.0, J44.1, J44.8**, por também serem compatíveis com os medicamentos contemplados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – DPOC, publicado pelo Ministério da Saúde.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
 3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Fluticasona – Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva (Atualizando em 05/10/2017)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Protocolos e Normas Técnicas Estaduais

4. Cópia dos exames:

- Espirometria, realizada nos últimos seis meses;
- Relatório médico, informando o tempo de doença, medicamentos utilizados e resposta ao uso de cada medicamento.

5. 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).

ATENÇÃO:

- Campo “9- CID-10”: **Recomenda-se utilizar preferencialmente os CID-10 J44.0, J44.1, J44.8**, por também serem compatíveis com os medicamentos contemplados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – DPOC, publicado pelo Ministério da Saúde.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).

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.