

SALMETEROL + FLUTICASONA

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC

Resolução SS nº 35, de 18 de abril de 2019 ([Resolução na íntegra](#))

Nota Técnica CAF nº 02, de 10 de junho de 2019 ([Nota técnica na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação:

Salmeterol 50 mcg + Fluticasona 100 mcg – pó inalante; Salmeterol 50 mcg + Fluticasona 250 mcg – pó inalante

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

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 01 frasco

Responsável pelo financiamento: Secretaria de Estado da Saúde

Observações: Nome comercial SEREDITE DISKUS®, fabricante GLAXO OPERATIONS UK LIMITED - INGLATERRA, conforme Ata de Registro de Preços vigente (nº 019/2018 e nº132/2018).

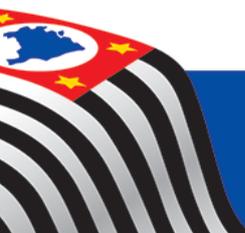
Veja aqui o [Manual de utilização do dispositivo inalatório](#).

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, informando o tempo de doença, medicamentos utilizados e resposta ao uso de cada medicamento.
3. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

Salmeterol+Fluticasona – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Atualizado em 19/06/2020)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Protocolos e Normas Técnicas Estaduais

4. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - 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).

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.