

## DORZOLAMIDA

### Glaucoma

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 11, de 02 de abril de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 20 mg/ml solução oftálmica – frasco de 5 ml

**CID contemplados:** H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 2 frascos
- Para faturamento (SIGTAP): 2 frascos

**Grupo de financiamento:** 2 – aquisição pelo Estado de São Paulo

**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 oftalmologista 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. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico oftalmologista responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade e CPF;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

DORZOLAMIDA - GLAUCOMA (Atualizado em 07/12/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:
  - Relatório médico, elaborado por médico oftalmologista, descrevendo os resultados dos exames:
    - Tonometria (PIO);
    - Campimetria ou avaliação de fundo de olho.
5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (pág. 21).

## 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 oftalmologista 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 oftalmologista responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Comprovante de residência com CEP;

4. Cópia dos exames:

Quando houver modificação do tratamento:

- Relatório médico, elaborado por médico oftalmologista, descrevendo os resultados dos exames:
  - Tonometria (PIO).

Anualmente:

- Relatório médico, elaborado por médico oftalmologista, descrevendo os resultados dos exames:
  - Campimetria ou avaliação de fundo de olho.

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.