

METADONA

Dor Crônica

PORTARIA SAS/MS Nº 1, DE 22 DE AGOSTO DE 2024 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 5 mg e 10 mg – comprimido; 10 mg/mL injetável – ampola de 1mL**CIDs contemplados:** R52.1, R52.2, M16, M16.0, M16.1, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M17, M17.1, M17.2, M17.3, M17.0, M17.4, M17.5, M17.9**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 5 mg – 248 comprimidos / 10 mg – 124 comprimidos / 10 mg/mL – 124 ampolas
- Para faturamento (SIGTAP): 5 mg – 248 comprimidos / 10 mg – 124 comprimidos / 10 mg/mL – 124 ampolas

Grupo de financiamento: 2 – Aquisição pelo estado de São Paulo**Observações:** Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista A1)

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. Prescrição de medicamento original, 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 30 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

Notificação de receita “A” – cor amarela.

METADONA – DOR CRÔNICA (Atualizado em 03/01/2025)

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:

- Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF;
- Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de
- comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- [Escala visual analógica \(EVA\)*](#), ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME - Pacientes com dor de intensidade superior a 4 e com duração superior a 30 dias;
*Descritores verbais e escalas numéricas de dor parecem ser preferíveis em idosos comparadas à tradicional escala visual analógica (EVA) – (páginas 36 e 37 do [protocolo](#)).
- [Escala de dor LANSS \(Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs\)](#) ou Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (página 38 do [protocolo](#)) ou Descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME para definição do tipo.
- **Para uso de opióides, os pacientes deverão ser refratários aos demais fármacos.**

5. Não é necessário apresentar o [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (Página 33 do Protocolo).

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: 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 30 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

3. Para pacientes NÃO cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do SUS: Notificação de receita “A” – cor amarela (mensalmente).

4. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
- Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

5. Cópia dos exames:

À critério do médico prescritor:

- [Escala visual analógica \(EVA\)](#)*, ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME - Pacientes com dor de intensidade superior a 4 e com duração superior a 30 dias;
*Descritores verbais e escalas numéricas de dor parecem ser preferíveis em idosos comparadas à tradicional escala visual analógica (EVA) – (páginas 36 e 37 do [protocolo](#)).
- [Escala de dor LANSS \(Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs\)](#) ou Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (página 38 do [protocolo](#)) ou Descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME para definição do tipo.

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.