

MORFINA

Dor Crônica

Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de Outubro de 2012 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg/mL injetável – ampola de 1 mL; 10 mg/mL solução oral – frasco de 60 mL; 10 mg e 30 mg – comprimido; 30 mg, 60 mg e 100 mg – cápsula de liberação controlada.

CIDs contemplados: R52.1, R52.2

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 10 mg/mL injetável – 1860 ampolas; 10 mg/mL solução oral – 62 frascos; 10 mg – 1860 comprimidos; 30 mg – 1240 comprimidos; 30 mg – 279 cápsulas; 60 mg – 124 cápsulas; 100 mg – 93 cápsulas

- **Para faturamento (SIGTAP):** 10 mg/mL injetável – 1860 ampolas; 10 mg/mL solução oral – 62 frascos; 10 mg – 1860 comprimidos; 30 mg – 1240 comprimidos; 30 mg – 279 cápsulas; 60 mg – 124 cápsulas; 100 mg – 93 cápsulas

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.

3. Notificação de receita “A” – cor amarela.
4. 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).
5. 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;
 - [Escala de dor LANSS \(Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs\)](#) 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.
6. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (Páginas 29 a 31 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 (mensalmente).

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:

- [EVA \(Escala Visual Analógica\)](#) ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME;
- [Escala de dor LANSS \(Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs\)](#) ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [loais 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.