



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## ACNE GRAVE

ISOTRETINOINA

Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão.  
Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**

**Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = **nome genérico**), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.

**Cópia** de **Exames** complementares mais **recentes** que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):

- ALT, AST (TGP, TGO)
- Colesterol Total e frações, Triglicérides
- Hemograma e plaquetas
- $\beta$  - HCG sérico, para mulheres em idade fértil (com data de até 2 semanas) devendo ser apresentado exame para a retirada da medicação (com data de até 2 semanas).

**Cópia** dos **Documentos Pessoais** do paciente : **R.G.** e **Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

**Cópia** do **comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) **em nome do paciente** , semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.

Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S) MEDICAMENTO(S)**

**Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.**

**ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!**