ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO
ANEMIA APLÁSTICA

CICLOSPORINA, AZATIOPRINA

☐ 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:

- Hemograma com plaquetas e reticulócitos
- Dosagem de ácido fólico e Vitamina B12
- Outros exames a critério médico que confirmem o diagnóstico(BIÓPSIA DA MEDULA ÓSSEA).

☐ **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!