



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## DISTONIAS FOCAL E ESPASTICIDADE HEMIFACIAL

### TOXINA BOTULÍNICA

- 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.  
Obs: **A receita deve conter : músculo e quantidade respectiva do medicamento que será administrada e o intervalo das aplicações (ESQUEMA DE APLICAÇÃO).**
- Cópia** de **Exames** complementares mais **recentes** que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):
- $\beta$  - HCG sérico = Teste de gravidez no sangue (para mulheres em idade fértil, com data de até 2 semanas)
  - Relatório médico descritivo sobre a patologia – Via **original**.
- 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!**