



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

RILUZOL

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:

- Eletroneuromiografia
- Neuroimagem (laudo da tomografia ou ressonância)
- Hemograma completo, uréia, creatinina, A.S.T. (T.G.O.) e A.L.T. (T.G.P.), T.A.P. (tempo de ação da protrombina)
- Relatório Médico descritivo
- β HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil) com data de até duas 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!