



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO RETOCOLITE ULCERATIVA

AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, MESALAZINA, SULFASALAZINA

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:

- **PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:** colonoscopia e biópsia
- **Para Sulfassalazina:** Hemograma, A.S.T. (T.G.O.), A.L.T.(T.G.P.), Creatinina e Urina tipo I
- **Para Mesalazina:** Uréia, Creatinina e Urina tipo I
- **Para Azatioprina:** Hemograma, A.S.T. (T.G.O.) e A.L.T.(T.G.P.)
- **Para Ciclosporina:** Hemograma, Creatinina, Ácido Úrico, Potássio, Colesterol Total , Triglicérides e Magnésio.

**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!**