



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ESCLEROSE MÚLTIPLA

GLATIRAMER, BETAINTERFERONA, AZATIOPRINA, METILPREDNISOLONA, NATALIZUMABE, FINGOLIMODE, TERIFLUNOMIDA, DIMETILA

- 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:**
- Ressonância magnética nuclear do encéfalo.
  - Hemograma , Anti HIV, dosagem vitamina B12 e VDRL
  - TSH
  - $\beta$  HCG a critério médico.
  - Via **original** da **Escala EDSS** (Escala Expandida do Estado de Disfunção) – preenchida pelo médico.
  - Descrição clínica detalhada realizada por neurologista informando os sinais e sintomas clínicos, especificando se o paciente possui outras doenças graves concomitantes.  
**NATALIZUMABE:** devem ter apresentado falha terapêutica com glatirâmer e betainterferona anteriormente e apresentar ainda:
  - RX Tórax e Hemograma  
**FINGOLIMODE:** ALT/TGP; AST/TGO; Bilirrubinas Totais e Frações, Escala original de EDSS, Relatório Médico (justificando o uso do fingolimode, informando tratamentos anteriores, observando os critérios de inclusão, exclusão e monitoramento)
- 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!