



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## DEFICIÊNCIA DO SISTEMA COMPLEMENTO (ANGIOEDEMA) DANAZOL

- 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):
- Relatório médico
  - Dosagem de C1-INH, C4, CH50
  - GGT (gama glutamil transferase) , AST (TGO) , ALT (TGP), CPK , uréia e creatinina.
  - $\beta$  - HCG sérico = Teste de gravidez no sangue (para mulheres sexualmente ativas, com data de até 2 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!**