



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

SÍNDROME NEFRÓTICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA E TACROLIMO

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

- colesterol total e frações, triglicerídeos, glicose, FAN, toxoplasmose, Albumina, Creatinina, Hemograma Completo.
- Proteinúria 24 h ou índice de proteína/creatinina em amostra de urina aleatória
- Anti-HCV, Anti-HbsAG, Anti-HIV,

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!