



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

AUTISMO

RISPERIDONA

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):

- Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial em datas diferentes, hemograma completo, dosagens de colesterol total e frações, triglicérides e glicemia de jejum.
- Escala Autismo-ECA-EAA

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!