



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO COLANGITE BILIAR

ÁCIDO URSODESOXICÓLICO

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 informando os achados clínicos
- U.S do Fígado e Vesícula Biliar
- Anticorpos Antimitocondriais (AAM ) ou Anticorpo Antinúcleo ( AAN )
- Biópsia Hepática, somente para Anticorpos Antimitocondriais (AAM ) ou Anticorpo Antinúcleo ( AAN ) negativos
- Fosfatase Alcalina, Gama-glutamil Transferase. A.L.T.(T.G.P.) , T.G.O. (A.S.T.) e Bilirrubinas

**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 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!**