



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA

(azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina, danazol, imunoglobulina humana, eletrobompague olamina)

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 MEDICAMENTOS: Hemograma com plaquetas
- Para AZATIOPRINA: A.S.T. e A.L.T.
- Para DANAZOL: A.S.T. e A.L.T., fosfatase alcalina, colesterol total e HDL colesterol, triglicérides
- Para CICLOFOSFAMIDA: creatinina e ultrassonografia abdominal
- Para ELTROBOMPAGUE OLAMINA: ALT, AST, bilirrubina total e frações

**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!**