



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO UVEÍTES POSTERIORES NÃO INFECCIOSAS

AZATIOPRINA, CICLOSPORINA e ADALIMUMABE

- 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:** Exame de fundo de olho
  - **Para Azatioprina:** Hemograma completo, A.S.T.(T.G.O.), A.L.T.(T.G.P.), G.G.T., Bilirrubinas totais e frações
  - **Para Ciclosporina:** Hemograma completo, potássio, magnésio, creatinina, ácido úrico, colesterol total e triglicérides
  - **Para Adalimumabe:** PPD, Rx de Tórax, HIV, HCV e Hbc
- 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!**