



Diretoria Geral de Atenção Especializada
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO GLAUCOMA

**TIMOLOL, PILOCARPINA, ACETAZOLAMIDA, BRIMONIDINA, BRINZOLAMIDA,
DORZOLAMIDA, BIMATOPROSTA, LATANOPROSTA E TRAVOPROSTA.
H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0**

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 colírio de 1ª linha Pressão Intraocular - PIO Acuidade Visual Relatório Médico Para colírios de 2ª linha e Prostaglandina em monoterapia ou associações Relatório Médico FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE COLÍRIOS DE 2ª LINHA E PROSTAGLANDINA

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!