



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

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO RETOCOLITE ULCERATIVA

AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, INFLIXIMABE, MESALAZINA, SULFASSALAZINA, TOFACITINIBE,  
VEDOLIZUMABE  
K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

**LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão.

**RECEITA MÉDICA**, contendo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.

**CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:

- Para **todos os medicamentos**: colonoscopia e biópsia.
- Para **Azatioprina**: Hemograma, A.S.T. e A.L.T.
- Para **Ciclosporina**: Hemograma, Creatinina, Ácido Úrico, Potássio, Colesterol Total, Triglicérides e Magnésio.
- Para **Mesalazina**: Hemograma, Uréia, Creatinina e Urina tipo I.
- Para **Sulfassalazina**: Hemograma, A.S.T., A.L.T., Creatinina e Urina tipo I.
- Para **Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe**: Hemograma, A.S.T., A.L.T., Raio – X de Tórax (3 meses) e P.P.D. (12 meses).

**CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS**.  
Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.

**CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** original, devidamente preenchido e assinado de acordo com o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

• **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar nome genérico do (s) medicamento(s)- não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.