



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, PILOCARPINA E TRAVOPROSTA.

H 40.1, H 40.2, H 40.3, H 40.4, H 40.5, H 40.6, H 40.8, Q15.0.

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 colírios de 1ª linha:** Pressão Intraocular – PIO, Acuidade Visual e Relatório Médico.
- **Para colírios de 2ª linha e Prostaglandina em monoterapia ou associações:** Relatório Médico e Ficha para solicitação de colírios de 2º linha e prostaglandina.

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.