



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.