



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

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DISLIPIDEMIA

ATORVASTATINA, FLUVASTATINA, LOVASTATINA, PRAVASTATINA, ÁCIDO NICOTÍNICO, BEZAFIBRATO, CIPROFIBRATO, ETOFIBRATO, FENOFIBRATO E GENFIBROZILA
E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8

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:

- Via **original do Escore de risco de FRAMINGHAM** – preenchido pelo médico;
- Colesterol Total e frações, Triglicérides;
- A.L.T. e A.S.T., C.P.K., T.S.H.;
- BHCG (para mulheres em idade fértil);
- Exames complementares que evidenciem doença aterosclerótica (Ecocardiograma , TC, RM, US, ARTERIOGRAFIA, em casos com exames de sangue normais

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.