

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO TRANSPLANTE HEPÁTICO ADULTO

Azatioprina, Ciclosporina, Everolimo, Metilprednisolona, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Tacrolimo
Z94.4 e T86.4

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
2. **RECEITA MÉDICA**, pelo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.
- ✓ 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.
3. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
 - ✓ Relatório médico com descrição clínica detalhada, realizada por serviço especializado, informando a data do transplante
 - ✓ **DOCUMENTO QUE COMPROVE O TRANSPLANTE**
4. **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.
5. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

- **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.