

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Azatioprina, Ciclosporina, Everolimo, Metilprednisolona, Micofenolato de Sódio, Sirolimo, 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.
3. 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.
4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
  - ✓ Hemograma completo com plaquetas;
  - ✓ TGO, TGP, GGT e creatinina;
  - ✓ Potássio e sódio;
  - ✓ Bilirrubinas totais e frações;
  - ✓ Relatório médico com descrição clínica detalhada, realizada por serviço especializado, informando também a data do transplante
  - ✓ **DOCUMENTO QUE COMPROVE O TRANSPLANTE**
5. **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS** e Cópia dos documentos pessoais dos Responsável legal (R.G e CPF) ou Curatela/Guarda.
6. **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.