

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO TRANSPLANTE RENAL

Azatioprina, Ciclosporina, Everolimo, Imunoglobulina humana, Metilprednisolona, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo, Tacrolimo
Z94.0 e T86.1

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. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**.
4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
- ✓ **DOCUMENTO QUE COMPROVE O TRANSPLANTE** - Relatório médico contendo a data do transplante, se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição do transplantado frente ao tratamento imunossupressor.
- ✓ **PARA USO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA**, na Rejeição Aguda Mediada por Anticorpos: Anexar Biópsia Renal e Exame de anticorpos Específicos contra os antígenos HLA do doador - ANTI-HLA (se possível).
5. **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.
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.