

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

FIBROSE CÍSTICA

MANIFESTAÇÕES PANCREÁTICAS

PANCREATINA
E84.1, E84.8

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).
Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS
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:
 - ✓ Relatório médico descritivo do diagnóstico clínico de fibrose cística com insuficiência pancreática;
 - ✓ Exame laboratorial de dosagem quantitativa de cloretos no suor;
 - ✓ Cópia do teste de sequenciamento do gene CFTR (necessário se dosagem de cloro menor que 60mmol/L); E
 - ✓ Exame laboratorial de dosagem de elastase fecal ; **OU**
 - ✓ Relato médico com evidências clínicas de insuficiência pancreática (durante o período de investigação diagnóstica nos primeiros meses de vida até a sua confirmação e posterior avaliação de insuficiência pancreática por meio do teste de elastase fecal).
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.