

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

DAPAGLIFLOZINA
N18.2, N18.3, N18.4, N18.5

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**, contendo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data, prescrita pelo cardiologista.
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**
4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
 - ✓ Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular - TFG (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (6 meses)
 - ✓ Dosagem de albumina urinária (necessário para pacientes não diabéticos)
 - ✓ Dosagem de creatinina urinária (necessário para pacientes não diabéticos)
 - ✓ Relatório médico informando se o paciente é diabético, valor da Razão Albumina/Creatinina (RAC) para pacientes não diabéticos, medicamentos utilizados para DRC e justificativa para uso de dapagliflozina caso TFG > 75 mL/min/1,73m² ou RAC < 300 mg/g.
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.