

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE

CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA e IMUNOGLOBULINA
D59.0, D59.1

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão.

Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**

2. **Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.
3. **Cópia** de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):
 - ✓ Hemograma com plaquetas
 - ✓ Coombs Direto
 - ✓ Contagem de reticulócitos ou dosagem de haptoglobina ou desidrogenase lactica
 - ✓ **Para a identificação do subtipo:** Além dos solicitados acima, trazer:
anti-IgG ou anti-IgA; ou
anti-C3 com pesquisa de crioaglutininas; ou
anti-IgG com teste d Donath-Landsteiner
4. **Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente : **R.G. e Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.
5. **Cópia do comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente , semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.
6. 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.

LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - LME:

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar DCB / Nome genérico do (s) medicamento (s) - Não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com as legislações vigentes.
Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.