



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR TAFAMIDIS

☐ 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!**

☐ **Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = **nome genérico**), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.

☐ **Cópia** de **Exames** complementares mais **recentes** que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):

- Relatório médico completo - Classificar o estágio da neuropatia e a extensão sistêmica da doença
- Biópsia do órgão afetado (glândula salivar, pele ou tecido adiposo) a critério médico
- Teste de DNA – sequenciamento completo do gene TTR
- Eletromiografia
- Eletrocardiograma
- Proteinúria, uréia, creatinina, ácido úrico, taxa de filtração glomerular e proteinúria 24 h

☐ **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.

☐ **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.

☐ 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.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S)
MEDICAMENTO(S)**

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!