

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ARTRITE REATIVA-DOENÇA DE REITER

SULFASSALAZINA E NAPROXENO
M02.1, M02.3, M03.2, M03.6

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:
 - ✓ Relatório médico com a história clínica do paciente de infecção genitourinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores dos sinais articulares.
 - ✓ Relatório médico do quadro clínico de artrite.
 - ✓ Exames para todos os medicamentos: Hemograma com plaquetas, parcial de urina, Proteína C reativa (PCR) e Velocidade de Hemossedimentação (VHS), creatinina, AST/TGO e ALT/ TGP.
 - ✓ Para **SULFASSALAZINA**: sorologias (HIV, HbsAg e anti-HCV).
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 D C B / n o m e 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.