

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO VASCULITE ASSOCIADA AOS ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS

RITUXIMABE
M31.3, M31.7

- 1 **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **reumatologista**, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).

Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS

- 2 **RECEITA MÉDICA**, contendo 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:

- ✓ Dosagem dos Anticorpos citoplasmáticos antineutrófilo (ANCA);
- ✓ Dosagem dos Autoanticorpos anti-mioeloperoxidase (MPO);
- ✓ Dosagem de Albumina Sérica;
- ✓ Dosagem de IgG;
- ✓ AST(TGO) e ALT (TPG);
- ✓ Fosfatase Alcalina, Creatinina Sérica e Hemograma
- ✓ Proteína C reativa (PCR);
- ✓ Anti- HCV;
- ✓ HbsAg;
- ✓ Anti- HIV
- ✓ VDRL;
- ✓ Para os casos de paciente do sexo feminino em idade fértil, β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 15 dias ou documento de esterilização;
- ✓ Laudo do RX de Tórax;
- ✓ Teste Tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) ou IGRA;
- ✓ Questionário preenchido Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS v.3).

- 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 sejaincapaz 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.