

## 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 especialista hematologista, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).  
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. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**
4. **Cópia** de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):
  - ✓ Hemograma com plaquetas
  - ✓ Coombs Direto
  - ✓ Contagem de reticulócitos
    - ↳ Se normal, apresentar:
      - Dosagem de haptoglobina
      - Dosagem de desidrogenase láctica (DHL)
  - ✓ **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
5. **Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente : **R.G.,CPF e Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.
6. **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.

### **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.