

## ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

### AUTISMO

RISPERIDONA 1MG/2MG e 1MG/ML  
F84.0, F84.1, F84.3, F84.5, F84.8

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico **psiquiatra ou neurologista** 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. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** - Via **original**
4. **Cópia** de **Exames** complementares mais **recentes** que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):
  - ✓ Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial em datas diferentes;
  - ✓ Hemograma Completo;
  - ✓ Dosagens de Colesterol total e frações e Triglicerídeos;
  - ✓ Glicemia de jejum;
  - ✓ Escala Autismo-ECA-EAA.
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.**

**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.