

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## COLANGITE BILIAR

ÁCIDO URSODESÓXICO  
K74.3

- 1. LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão.
- 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 que confirmem o diagnóstico:
  - Relatório médico informando os achados clínicos.
  - Ultrassonografia do Fígado e Vesícula Biliar.
  - Anticorpos Antimitocondriais (AAM) ou Anticorpo Antinúcleo (AAN).
  - Biópsia Hepática, somente para Anticorpos Antimitocondriais (AAM) ou Anticorpo Antinúcleo (AAN) negativos.
  - Fosfatase Alcalina, Gama-Glutamil Transferase. A.L.T.(T.G.P.) , T.G.O. (A.S.T.), Albumina e Bilirrubinas
- 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 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.