

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

DOENÇA FALCIFORME

ALFAPOETINA e HIDROXIUREIA

D57.0, D57.1 e D57.2

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico hematologista ou nefrologista.

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:

PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:

- ✓ Eletroforese de Hemoglobina por Focalização Isoelétrica - Cromatografia Líquida de Alta Resolução HPLC (validade indeterminada) ou
- ✓ Detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (validade indeterminada).

PARA HIDROXIUREIA, acrescentar:

- ✓ Hemograma completo com plaquetas, reticulócitos e VCM (validade 90 dias);
- ✓ Dosagem sérica de creatinina, T.G.O. (A.S.T.) e T.G.P. (A.L.T.) (validade 90 dias);
- ✓ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);
- ✓ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) para mulheres em idade fértil.

PARA ALFAPOETINA, acrescentar:

- ✓ Informação médica sobre o uso da Hidroxiureia;
- ✓ Relatório médico informando a presença de um dos critérios: presença de síndrome de hiper-hemólise **ou** necessidade de mais de três concentrados de hemácias (CH) por ano para manter o nível de hemoglobina igual ou acima de 8,5 g/dL **ou** que apresente uma redução igual ou maior que 1,5 g/dL da sua hemoglobina basal documentado por exame;
- ✓ Hemograma (validade 30 dias).
- ✓ **Paciente a partir de 18 anos de idade.**

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.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S)
MEDICAMENTO(S)**

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!