

## ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

### DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE

BIOTINA

E 88.9

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico **especialista** 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):

- ✓ Triagem neonatal para deficiência da Biotinidase em recém-nascidos (teste do pezinho).
- ✓ Medida da atividade enzimática em plasma feita por método colorimétrico ou fluorimétrico.
- ✓ Relatório médico com a descrição das manifestações clínicas da doença, informando a idade de início dos sintomas.

5. **Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente : **R.G.,CPF e Cartão do SUS**. Cópia dos 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(conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

### **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!