

## ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DIABETES INSÍPIDO

Desmopressina  
E23.2

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:
  - Cópia do exame de osmolalidade plasmática (se for maior que 295 mOsmol/Kg não precisa realizar o teste de restrição hídrica);
  - Cópia do exame de osmolalidade urinária pré e pós administração de desmopressina (mostrando aumento de osmolalidade urinária acima de 15% e acima de 300 mOsmol/Kg)
  - Cópia do exame de sódio plasmático (se for maior que 145 mEq/L não precisa realizar teste de restrição hídrica);
  - Relatório médico com dados da história clínica do paciente e informando o volume urinário diário (24h) e descartando outras formas de diabetes insípido.
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!